Rok XLIV. Kraków 8 Kwietnia 1905. Nr. 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego (Prof. Dr. Gluziński).

Kilka uwag w sprawie klinicznego badania krwi.

Podał

Dr. Wincenty Czernecki,

demonstrator kliniki lekarskiej.

Dotychczasowe, najwięcej w użyciu będące sposoby klinicznego badania krwi, mające za zadanie wykrycie stopnia schorzenia, które powszechnie nazywamy „niedokrewnością“, polegały na obliczaniu liczby ciałek czerwonych, na oznaczaniu ilości hemoglobiny przyrządem Fleischla lub Gowersa i na mikroskopowym obrazie krwi.

Nie mówiąc o ogólnych wynikach, otrzymanych tymi sposobami badania, nadmieniam tylko, że doprowadziły one, jak wiemy, do ustalenia 2 typów krwi w „niedokrewności“: jednego, którego cechą jest prawidłowa lub nieznacznie zmniejszona liczba ciałek czerwonych, a mniej lub więcej zmniejszona ilość hemoglobiny tak, że wskaźnik jej (*index*) wynosi mniej, niż „1“, i drugiego, który spostrzegamy w niedokrewności ciężkiej z charakterystycznym znacznym spadkiem ciałek czerwonych i mniej stosunkowo znacznym spadkiem ilości hemoglobiny, wskutek czego wskaźnik dla pojedynczego ciałka wynosi „1“ lub nawet jest od jednostki wyższym.

W miarę postępu hematologii sposoby te badania wydały się zbyt pierwotnymi, zaczęto więc bardziej dokładnie badać krew.

Znanemi są na tem polu badania zachowania się białka we krwi (Jaksch), ciężaru właściwego krwi, zachowania się żelaza, sodu, potasu, fosforu i chloru (Biernacki[1]), tudzież ilości wody we krwi (Andral, Gavaret, Arronet, Bequerel, Rodier, Stintzing, Biernacki), przyczem, prowadząc badania równoległe, starano się dociec, o ile z zachowania się jednych ilości możnaby wnioskować o zachowaniu się innych.

W ostatnich czasach przeciw wyciąganiu wniosków o stanie krwi z dotychczasowych praktycznych sposobów badania, a zwłaszcza przeciw hemoglobinometryi, powstała reakcya. Dość przytoczyć pracę Biernackiego[2]), który odmawia prawa obywatelstwa przyrządowi Fleischla i tłómacząc się, dlaczego w planie badania krwi, proponowanym przez autora, niema miejsca dla hemoglobinometryi, wypowiada zdanie, że musimy jej odmówić wszelkiej praktycznej wartości dla lekarza (weil der Hämoglobinometrie jeder praktische Werth für den Arzt abgesprochen werden muss, str. 433). Biernacki uważa tylko wyniki higremometryi za miarę oceniania stanu „niedokrewności“, zwłaszcza, że sposób ten badania, jako dokładny, może wykryć łatwo zmiany nieznaczne, objawiające się wodnistością krwi.

Higremometrya jest, według Biernackiego, koniecznem uzupełnieniem dawniejszych sposobów klinicznego badania krwi i czyni je zdatnemi do zużytkowania tam, gdzieby one same były właściwie bez znaczenia („wo sie allein dastehend eigentlich ohne Sinn wären“).

Między powodami, dlaczego autor uważa sposób kolorymetryczny za nieścisły, podaje fakt, stwierdzony także przez Stintzinga i Gumprechta, a objawiający się tem, że we krwi ubogiej w tlen, a więc ciemnej, stwierdza się sposobem kolorymetrycznym większe ilości hemoglobiny, niż te, które w prawidłowej krwi się znajdują, gdy znowu w jaśniejszej krwi znajdowano niższe liczby, któreby kazały rozpoznawać niedokrewność w tych razach, w których właśnie jej nie było.

Nie z liczenia zatem ciałek czerwonych krwi, nie z oznaczenia ilości hemoglobiny zapomocą przyrządu Fleischla może lekarz nabyć pojęcia o stanie „niedokrewności“, lecz uciec się winien do higremometryi.

Ponieważ zaś do oznaczania ilości wody nietylko potrzeba więcej czasu, ale i czułej wagi do 0·0001 grm., wydawaćby się wobec tego mogło, że lekarzowi praktycznemu odebraną jest prawie możność zbadania krwi w kierunku „niedokrewności“, jeżeli dotąd używane sposoby: liczenie ciałek czerwonych krwi i oznaczanie hemoglobiny nie przedstawiają tej wartości praktycznej, którą im dotąd przyznawaliśmy.

Aby rozstrzygnąć, czy przy użyciu sposobów, dotąd praktycznie używanych, t. j. czy z ilości ciałek czerwonych i z ilości hemoglobiny (oznaczonej przyrządem Fleischla) bez metody higremometrycznej można powziąć wyobrażenie o stanie krwi danego osobnika, ocenić stopień i typ niedokrewności, kontrolować jej przebieg i czy z drugiej strony z ilości tych można wnioskować o ilości wody we krwi, przedsięwziąłem, zachęcony przez Prof. Gluzińskiego, szereg badań, prowadzony w następujący sposób:

W szeregu przypadków, czas dłuższy w klinice pozostających, badałem krew dotychczasowymi sposobami, t. j. obliczałem liczbę ciałek czerwonych i białych i ilość hemoglobiny sposobem Fleischla, obliczałem wskaźnik zabarwienia każdego ciałka [nazywając prawidłową ilość hemoglobiny ilość „1“], a nadto równocześnie oznaczałem ilość wody we krwi sposobem wagowym.

[1]) Biernacki: Untersuch. über die chem. Blutbeschaff. bei path. insbesond. bei anämischen Zuständen. Zeitschrift für klin. Med. 1894, S. 460.

[2]) Biernacki: Hämatologische Diagnostik in der praktischen Medicin. Sammlung klinischer Vorträge Nr. 306.

Krew do badania w tym celu uzyskiwałem z ranki w opuszce palca zapomocą kolca sprężynowego, starając się o ile możności, aby krew sama wypływała bez zbytniego ucisku na palec.

Do obliczania ilości wody przygotowywałem sobie dwa szkiełka zegarkowe wysuszone i odważone; na jedno z nich nabierałem około 1 grm. krwi, a po przykryciu drugiem szkiełkiem ważyłem natychmiast. Następnie suszyłem przynajmniej przez 24 godzin nad stężonym $H_2 SO_4$.

Po zważeniu powtórnem obliczałem odsetkową zawartość wody przez odpowiedni rachunek. (Dok. nast.).

• • •

II. Oddział terapeutyczny pedyatrycznego szpitala św. Olgi w Moskwie pod kierunkiem doc. Dr. A. Kisiela.

Przyczynek do kwestyi łuszczycy u dzieci.

Podał

Dr. Ludwik Mańkowski.

(Dokończenie.)

Przypadek 6. G. Al—n. l. 4 lata, przyjęty do szpitala d. 11/II. 1899 r. z powodu kiły; od roku cierpi na kłykciny w okolicy rzyci. Dziad choruje na kiłę.

Stan obecny: Wejrzenie średnie. Ogólny przerost gruczołów chłonnych. Po skórze lewego i poczęści prawego przedramienia osutka guzkowata; oprócz tego na łokciu lewym kilka grudek, pokrytych łuszczącym się naskórkiem. Po zastosowaniu wcierań szaruchy osutka zniknęła, grudki na łokciu lewym zostały i po dokładniejszem zbadaniu okazało się, że po zeskrobaniu łusek, pokrywających grudki, występują kropelki krwi. Tym sposobem powstało przypuszczenie, że mamy tu jeszcze do czynienia i z łuszczycą, co potwierdził wezwany specyalista docent Dr. Lanc. Od tego czasu chłopiec zaczął zażywać tyrojodynę od 1 do 4 pastylek dziennie, których w ciągu 72 dni wyżył 164. Żadnych nieprzyjemnych objawów następowych nie zauważono. Pierwsza zmiana w wysypce wystąpiła po 5 dniach. Opuścił szpital 25/V zupełnie zdrowy; na łokciu tylko widniały plamki barwikowe. Chory przybrał na wadze 950 gr. Po 2 miesiącach był zbadany w ambulatoryum: stwierdzony trądzik był następstwem zażywania jodku sodowego, a łuszczycy nie zostało ani śladu.

Przypadek 7. E. Sw—wa, lat 11 licząca, przyjęta dnia 27/X 1900 r. Choruje od 2 lat. Najpierw wysypka pojawiła się na stronie wewnętrznej stopy prawej. Chora przedtem zawsze była zdrową. Obciążenia dziedzicznego nie było.

Stan obecny: Odżywienie i rozwój fizyczny dobre, błony śluzowe cokolwiek blade. Na szyi po strony lewej blizna długości 5 cm.; takaż sama blizna w pachwinie lewej. Na krzyżach duża gruba blaszka długości 13 cm., szerokości 7 cm.; 2 blaszki wielkości 20 kop. po stronie wewnętrznej stopy prawej. Od pierwszego dnia podano chorej tyrojodynę 2—7 pastylek dziennie. Do d. 11/XII wyżyła 189 pastylek. Żadnych ujemnych objawów nie doświadczyła. Wysypka pozostała bez zmiany. Od 6/XII zaczęła zażywać rozczyn arsenu w dawkach, stopniowo zwiększanych od 2 do 11 kropel, 2 razy dziennie. Oprócz tego zastosowano ciasto salicylowe, a od d. 23/XII maść Wilkinsona. Pierwszą zmianę w wysypce zauważono 12/XII. D. 3/I 1901 chora wyszła ze szpitala z nieznacznymi tylko śladami wysypki.

D. 20/VIII 1901 r. została przyjęta do szpitala po raz drugi. Podług opowiadania chorej łuszczyca wystąpiła znowu przed dwoma miesiącami.

Stan obecny: Na krzyżach 2 blaszki łuszczycy krążkowatej *(psor. nummularis)* wielkości 3 kop. i 5 kop. Maleńkie łuseczki na 3, 4 i 5 palcu ręki lewej i na 1, 2 i 5 palcu prawej; niewielka blaszka (wielkości grochu) na łokciu lewym i nad piętą prawą. Od 21/VIII do do 28/X chora zażywała tyrojodynę po 1—6 pastylek dziennie i wyżyła ich 366. Chora często skarżyła się na bole głowy, połączone z silnem zaczerwienieniem twarzy. Pierwszą zmianę w wysypce spostrzeżono 15/X, t. j. po 54 dniach od początku leczenia; polepszenie szło bardzo powolnie. Od 20/X do 20/XI stosowano miejscowo maść Wilkinsona, ale także bez widocznej poprawy. Od 21/XI zaczęto stosować 3 rozczyn chrysarobiny w traumatycynie; d. 27/XI wystąpiła pierwsza miesiączka; 20/XI, t. j. w 8 dniu od początku leczenia pierwsza zmiana w wysypce. Odtąd polepszenie szło szybko. D. 15/I 1902 r. pacyentka opuściła szpital z kilku plamkami na krzyżach, pokrytemi słabo łuszczącym się naskórkiem. D. 5/III 1904 była badana w ambulatoryum: według jej słów nawrót choroby nastąpił w miesiąc po wyjściu ze szpitala; obecnie blaszki łuszczycy zrzadsza rozrzucone po całem ciele, na łydce prawej w postaci łuszczycy obrączkowatej *(psoriasis orbicularis)*. Wejrzenie chorej niezłe. Nie leczyła się przez ten czas. D. 22/X stan bez zmiany. Zaordynowano maść Wilkinsona. Po tygodniu zauważono znaczne polepszenie. D. 23/XI widniały tylko ślady wysypki w postaci kilku plamek, pokrytych cieniutką warstewką łuszczącego się naskórka.

Przypadek 8. J. Il—n, liczy lat 7, przyjęty 6/I 1903 r. Choruje od kilku lat; wywiadów żadnych; sierota.

Stan obecny: Odżywienie dobre; nad koniuszkiem serca i nad tętnicą płucną słyszy się wraz z pierwszym tonem słabiutki szmer skurczowy. Serce uderza nieregularnie, z przestankami. Wykwity łuszczycy rozsiane gęsto po całem ciele i są rozmaitej wielkości, od główki szpilki do monety 20 kop.; wykwity pokrywa cieniutka warstewka łuszczącego się naskórka. Świąd nieznaczny. Od 6/I do 16/II chory zażywał tyrojodynę od $\frac{1}{2}$ pastylki do 8 dziennie. Wyżył pastylek 150. Leczenie to znosił dobrze. Nawet czasami znikała nieregularność tętna. Wysypka pozostała bez zmiany. Od 17/2 do 6/III zażywał arsen. Wysypka znacznie zbladła. Od 10/III zaczęto stosować miejscowo; na lewą rękę 1% maść salicylową; na plecy pędzlowanie 1% rozczynem chrysarobiny w traumatycynie. D. 13/III zauważono silne łuszczenie się naskórka nietylko na miejscach pędzlowanych chrysarobiną, ale i na nie pędzlowanych. Polepszenie szło dalej, ale nie można było zauważyć wielkiej różnicy między działaniem chrysarobiny a maści salicylowej. Od 24/III nakładano na prawą nogę opaskę z wazeliną, na lewą — z maścią salicylową. Polepszenie było widoczne, ale bez wielkiej różnicy między jedną nogą a drugą. Chory wyszedł ze szpitala 16/V 1903 r. Wysypka została, ale w nieznacznej sile.

Przypadek 9. A. Ł—na, 3 letnia, przyjęta 6/VIII 1904 r. Od roku istnieją łuszczące się grudki na kolanach, a od miesiąca rozrzucone po całem ciele. Dotychczas była zdrową. Rodzice zdrowi.

Stan obecny: Odżywienie dobre. Na kończynach, głowie, a poczęści na tułowiu i twarzy rozrzucone wykwity łuszczycy rozmaitej wielkości, od główki od szpilki do 5 kop. miedzianych. Chora przeleżała w szpitalu 17 dni, wyżyła 31 pastylek tyrojodyny. Leczenie znosiła dobrze. Zmian żadnych w wysypce nie spostrzeżono. Opuściła szpital 23/VIII bez polepszenia. Dalsze jej losy nie są wiadome.

Przypadek 10[1]). Chłopiec 7 letni, choruje od 6 lat.

Stan obecny: Odżywienie średnie. Wykwity łuszczycy rozrzucone po całem ciele, a przeważnie na plecach i w okolicy wielkich stawów po stronie zewnętrznej. Kiedy wszystkie środki, których używano, zawiodły, zaszczepiono na jednej grudce goleni lewej ospę 8 ukłuciami. Grudka ta oczyściła się z łusek naskórka i nawet trochę zmniejszyła się, ale jednocześnie pojawiły się nowe wykwity łuszczycy na plecach.

Do 10 wyżej opisanych przypadków łuszczycy można dodać jeszcze 7, spostrzeganych w ambulatoryum, o których znajdują się dokładniejsze notatki.

Przypadek 11. A. F—na, licząca $8\frac{1}{2}$ lat. Odżywienie i rozwój dobre. Choruje od lat 3; wysypka czasami na pewien czas znika. Wykwity przeważnie usadowiły się na łokciach i kolanach.

Przypadek 12. B. Cz—w, liczy lat $13\frac{1}{2}$. Odżywienie dobre. Chłopiec czuje się zupełnie zdrowym. Wysypka istnieje od $\frac{1}{2}$ roku. Wykwity umiejscowione na stronie zewnętrznej kończyn górnych, przeważnie około łokci.

Przypadek 13. T. D—n, liczy lat 7. Zawsze był zdrowym. Obciążenia dziedzicznego żadnego. Od roku pojawiła się wysypka na kolanach, na każdem po kilka blaszek łuszczycy, na lewem więcej: jedna blaszka na łokciu lewym. Cały ten czas chory leczył się bez skutku.

[1]) Oryginału historyi choroby nie znalazłem, korzystam z opisu, podanego w „Sprawozdaniu“ z roku 1893.

Przypadek 14. K—wa, liczący lat 10. Odżywienie dobre. Wykwity łuszczycy rozsiane po całem ciele, przeważnie po stronie zewnętrznej kończyn. Zalecono tyrojodynę. Chora usunęła z pod obserwacyi.

Przypadek 15. A. B—w, lat 13 Choruje od $1\frac{1}{2}$ roku. Wykwity umiejscowione przeważnie na kończynach, osobliwie dużo ich w okolicach grzbietowych rąk. Nieznaczny świąd. Polecono: miejscowo ciasto salicylowe, wewnątrz płyn Fowlera. W ciągu 7 tygodni nie nastąpiło żadne polepszenie.

Przypadek 16. P. M—w, lat 13. Od od 4 lat na kolanie lewem gruba blaszka łuszczycy. Żadnych śladów kiły.

Przypadek 17. L. M—wa, lat 12. Pod kolanem prawem plama barwikowa. Na prawem kolanie 3 blaszki, na lewem jedna. Choroba ciągnie się już od 7 lat. Przedtem bywały wykwity i na łokciach; na tułowiu i na twarzy nigdy ich nie było. Czasami pojawiał się świąd. Odżywienie dobre; wogóle czuje się zupełnie zdrową. Objawów nerwowych żadnych, czasami tylko bywają bole głowy. Ojciec dostał pomieszania, umarł na wadę serca. Matka i jedna siostra bardzo nerwowe. Druga siostra zdrowa. Ciężkich chorób nerwowych w rodzinie, z wyjątkiem ojca, nie było. Leczy się już przeszło rok rozmaitymi środkami zewnętrznymi bez szczególnego wyniku.

Rozporządzałem zatem 17 przypadkami łuszczycy. Wszystkie te przypadki należały do rzędu tak zwanej łuszczycy „prawidłowej" podług terminologii Andryego. Szczególnych zboczeń lub przypadków mało typowych — nie stwierdziłem.

W 7 przypadkach wysypka była bardzo ograniczona i zajmowała okolicę jednego lub kilku stawów. W 8 przypadkach rozpoczęła się na kończynach, a następnie rozszerzyła się w mniejszym lub większym stopniu po całem ciele. W 2 przypadkach wysypka zajmowała tułów, kończyny zaś zostały wolne. W przypadku opisanym pod l. 7 blaszki łuszczycy doszły do niezwykłych rozmiarów i w tymże samym przypadku spostrzegaliśmy jedyny raz formę obrączkową (*psoriasis orbicularis*). Wogóle przypadek ten wyróżniał się uporczywym przebiegiem i z trudnością poddawał się leczeniu.

W połowie wszystkich przypadków można było zauważyć w mniejszym lub większym stopniu świąd. Chorzy zgłaszali się do szpitala nie wcześniej, jak po roku od początku choroby; tylko w 5 przypadkach chorzy przybyli w kilka miesięcy lub nawet tygodni po stwierdzeniu choroby.

Co się tyczy wieku, w którym choroba się zaczynała, to od 1 do 5 lat było przypadków 4; od 5—10 lat — 11; wyżej od lat 10—2 przypadki. Dziedziczności i rodzinnej skłonności nie zauważyliśmy ani razu. Także ani razu nie udało nam się wykazać jakichkolwiek przyczyn, mogących wywołać wykwity w łuszczycy.

W przypadku 7, w czasie znikania wysypki, pojawiła się u chorej po raz pierwszy miesiączka; niemniej polepszenie szło dalej.

Prawie we wszystkich przypadkach ogólne wejrzenie i odżywienie były dobre; tylko w przypadku 4, gdzie była i cukrzyca, odżywienie było bardzo upośledzone, a w przypadku 7 nadto silny rozrost tkanki tłuszczowej. Towarzyszyły łuszczycy w naszych przypadkach jeden raz cukrzyca i jeden raz kiła. W obu razach nie można było zauważyć jakiegoś związku przyczynowego między współistniejącemi chorobami. W przypadku 5 oprócz łuszczycy na tułowiu była jeszcze pryszczyca (*eczema*) na twarzy; ta ostatnia powstała prawdopodobnie następowo wskutek świądu i drapania.

Pozostaje nam jeszcze powiedzieć kilka słów o leczeniu łuszczycy. W szpitalu św. Olgi stosowano zewnętrznie: 1% ciasto salicylowe, maść Wilkinsona, 1%—5% rozczyn chrysarobiny w traumatycynie, wreszcie kąpiele na 29° Wewnątrz polecano arsen i tyrojodynę. Tyrojodynę stosowano systematycznie od roku 1895. Chorym przychodnim zwykle jej nie zapisywano. Na 10 stałych chorych w 8 przypadkach zastosowano tyrojodynę. W 2 przypadkach skutek był ujemny, w 2 — niepewny, w 4 — wysypka znikła na dłuższy przeciąg czasu. Tak n. p. w przypadku 2 pacyent jeszcze w ciągu 1 r. i 3 m. po wyjściu ze szpitala był zupełnie zdrowy. W przypadku 3 pacyentka dotychczas jest jeszcze zdrową, t. j. nawrotu choroby nie było w ciągu 5 lat. Tak długi przeciąg czasu pozwala na przypuszczenie, że w tym przypadku mogło nastąpić stałe wyleczenie. Bo chociaż opisane są przypadki nawrotu po dłuższym jeszcze przeciągu czasu, to jednak w każdym razie podobne przypadki są wielką rzadkością. Nasuwa się pytanie, jaki wpływ miało leczenie tyrojodyną? Odpowiedzieć na to pytanie bardzo trudno, a nawet niemożebnie; osobliwie jeżeli zestawimy z tym przypadkiem przypadek 5, w którym chora brała tylko kąpiele na 29°, a niemniej nastąpiło stałe wyleczenie, gdyż w ciągu lat 4 chora nie miała nawrotu.

Co się tyczy innych leków, stosowanych w szpitalu na łuszczycę, to skutki ich działania były niepewne.

Kończąc moją pracę, powtarzam, że celem jej nie było szczegółowe roztrząsanie kwestyi łuszczycy u dzieci; chciałem tylko na podstawie materyału szpitala św. Olgi wyświetlić niektóre strony tej sprawy chorobowej.

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Marskość wątroby i częste moczenie (*pollakiurya*).

Podał

Dr. med. Wasserthal (Karlsbad).

P. W., lat 48, silnej budowy ciała, źle odżywiony, skarży się na uciążliwe parcie na mocz, które zmusza chorego do oddawania go co 20—30 minut; najbardziej zaś mu dokucza w nocy, przyczem występuje nagle i potęguje się do tego stopnia, że pacyent ani chwili powstrzymać się nie może i często oddaje mocz pod siebie. W układzie nerwowym pacyent nie wykazuje zmian żadnych; zauważył tylko, że razem z ogólnem osłabieniem do pewnego stopnia, wystąpił zanik energii płciowej. Odruchy prawidłowe, chód z zamkniętemi oczyma pewny, siła w dzenia dobra. Wątroba się wyczuwa na 3 palce poniżej łuku żebrowego, jest twarda, trochę bolesna przy ucisku. Śledziona nieco powiększona, macalna. Osłuchiwanie i opukiwanie narządów wewnętrznych daje wynik ujemny. Poważniejszych zmian miażdżycowych brak. Do zakażenia kiłowego pacyent się nie przyznaje, nie przebywał też i innych chorób wenerycznych. Dawniej nadużywał wyskoku. Od lat trzech jeździ do Karlsbadu z powodu cierpienia wątroby; dolegliwości pęcherzowe wystąpiły przeszło od 2 lat. Pacyent przestał pić w zupełności od kilku lat; używa tylko pokarmów niedrażniących, przeważnie mleka, potraw mącznych, jarzyn i niewielkich ilości mięsa. Po za uczuciem osłabienia najbardziej dokucza choremu bezsenność, spowodowana bezpośrednio przez zbyt częste parcie na mocz, które zmusza chorego do ciągłego zrywania się. Każdorazowo oddaje 50—60 grm. moczu.

Chory zażywał bez skutku różne leki: w celach rozpoznawczych kilkakrotnie poddawał się wziernikowaniu pęcherza; wynik badania miejscowego był zawsze ujemny. Brom i chloral nie przyniosły choremu żadnej ulgi; największe działanie wywiera ciepła kąpiel wieczorem przed pójściem do łóżka, która zapewnia choremu 2—3 godzinny spoczynek.

Mocz jest zupełnie czysty, przejrzysty, osad bardzo skąpy, nie zawiera nieprawidłowych składników komórkowych i krystalicznych. Chemicznie zaś jest wolny od składników patologicznych. Indykan zwiększony. Ilość dobowa moczu 2000—2300 grm. (przy piciu wód).

Badanie narządów płciowych nie dało żadnego wyniku; przy wziernikowaniu pęcherza nie zauważono nic nieprawidłowego. Gruczoł

krokowy nie wykazuje zmian ani przy obmacywaniu, ani przy wziernikowaniu. Krwawniczych żylaków także brak.

Pojemność pęcherza dla rozczynów niedrażniących (woda borowa) zupełnie prawidłowa, chory znosi bez parcia 2—3 strzykawki po 160 gramów bez uprzedniego znieczulenia miejscowego.

Z czem więc mamy do czynienia u naszego chorego? Przy zupełnie czystym moczu i przy braku widocznych zmian w pęcherzu nadmiernie częste parcie na mocz (*pollakiurya*). Czy możemy przypuszczać w naszym przypadku t. zwaną drażliwość pęcherza (*Reizblase, irritable bladder*)? Wszystkie objawy w zupełności odpowiadają temu pojęciu chorobowemu.

Uderza nas tylko fakt, że pacyent znosi bez dolegliwości i bez parcia kilkaset cnt. sześc. obcego płynu.

Zadałem sobie pytanie, czy nie kwas węglowy wody mineralnej przy użyciu wód, przechodzący do moczu, nadaje temu ostatniemu własności drażniących. Okazuje się jednak, że pacyent w domu, gdzie nie używa nawet wody sodowej, ma się raczej znacznie gorzej, aniżeli w Karlsbadzie. W przerwach kilkudniowych w piciu również nie następuje żadna zmiana na lepsze.

Jaką jest w naszym przypadku etyologia częstego moczenia?

Przerost nerek przy marskości wątroby, opisany niedawno przez Mollarda, jako objaw cząstkowy tego cierpienia, w naszym przypadku nie może być brany pod rozwagę, gdyż przy niewielkiej ilości moczu i onby nie usprawiedliwiał częstego moczenia.

Zależy ma się rozumieć od osobistego zapatrywania, czy w danym przypadku mówić będziemy o drażliwości pęcherza, czy też o częstem moczeniu.

Wobec braku dających się wykazać zmian miejscowych należałoby przy rozpoznawczem różniczkowaniu wziąć pod uwagę wiąd rdzenia (crises tabétiques), syringomyelię, oraz początkowy okres gruźlicy pęcherza, która w początku, kiedy mocz jest jeszcze zupełnie czysty, może wywołać częste i bolesne parcie na mocz. Brak wszelkich objawów ze strony narządu nerwowego i względnie długi czas trwania cierpienia, dają nam pewnego stopnia możność wykluczenia wyżej wzmiankowanych spraw chorobowych.

Ogólnie znane krwawienia wewnętrzne, spostrzegane przy marskości wątroby, mogłyby w danym razie mieć znaczenie etyologiczne, o ileby takie krwawienie lub choćby tylko przekrwienie miało miejsce w pęcherzu. U naszego chorego mocz nigdy nie był krwawy i błona śluzowa pęcherza okazała się przy badaniu prawidłową; musimy zatem szukać gdzieindziej związku przyczynowego, o ile takowy wogóle zachodzi.

Nie możemy pominąć jednego ważnego szczegółu, mianowicie, że pojemność pęcherza dla wody borowej jest znacznie większa, aniżeli dla własnego moczu. Dlaczegożby pacyent nie miał znosić bez dolegliwości równie wielkiej ilości moczu, tembardziej, że na pewno własny mocz znacznie wolniej wypełnia pęcherz, aniżeli jakikolwiekbądź obcy płyn, nawet przy najbardziej ostrożnem i umiejętnem obchodzeniu się ze szprycką.

Trzeba więc z konieczności przypuścić, że sam mocz zawiera jakoweś drażniące składniki, których brak w rozczynie kwasu borowego. W rzeczy samej taka własność moczu znaną jest oddawna w piśmiennictwie: Etheridge, Kraus, Gorvitsch i inni spostrzegali przypadki, w których objawy podrażnienia szły równolegle ze stężeniem moczu i zawartością soli moczowych.

Chevalier opisał kilka przypadków, w których chorych długi czas leczono na nieżyt pęcherza zupełnie bez skutku i dopiero, gdy autor po rozpoznaniu przyczyny postarał się zmienić stężenie moczu przez zastosowanie odpowiedniej dyety i przez rozwodnienie, udało mu się usunąć męczącą i uciążliwą częstość moczenia. Brown niedawno potwierdził w kilku przypadkach doświadczenie Chevaliera. Janet zauważył również, że u niektórych osób, które nawet przy bardzo niewielkiem wypełnieniu pęcherza moczem odczuwały silne parcie, wprowadzenie kilkuset ctn. sześc. rozczynu niedrażniącego nie wywoływało podrażnienia.

To dziwne i niejednakowe zachowanie się pęcherza wobec różnego rodzaju zawartości uważa Janet za pewny objaw częstego moczenia na tle psychopatycznem (*pollakiurie psychopathique* przytocz. według Krausa).

Być może, że i takie przypadki dałyby się inaczej tłómaczyć, a mianowicie: że z jednej strony błona śluzowa pęcherza, nie schorzała miejscowo, wykazuje wysoką tolerancyę dla płynów niedrażniących, z drugiej nietolerancyę dla moczu o własnościach drażniących.

Dotychczas wiemy, że kwas moczowy i kwas szczawiowy powodować mogą częste moczenie; dalsza obserwacya wykaże, czy i inne i jakie mianowicie składniki moczu wywołać mogą tenże skutek.

Z powodów odemnie niezależnych mocz naszego pacyenta nie mógł być poddanym wszechstronnemu rozbiorowi; byłoby jednak bardzo pożądane, żeby zwrócono uwagę w tym kierunku i wykazano doświadczalnie, czy składniki moczu, o których wiemy, że występują przy chorobach wątroby w ilości zwiększonej, mogą wywołać podrażnienie błony śluzowej pęcherza.

Nie jest nieprawdopodobnem, że amoniak (Weintraud), kwas mlekowy (*Fleischmilchsäure*, Stadelmann, Noorden) i ciała aromatyczne, które występują w zwiększonej ilości w moczu w marskości wątroby, mogą spowodować podrażnienie pęcherza, szczególnie u osób źle odżywionych i wrażliwych.

W dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłem odpowiednich opisów; pytanie jednak nie jest, zdaje mi się, nieuzasadnione, szczególnie wobec prawie dyametralnej różnicy zdań i poglądów na istotę t. zw. pęcherza drażliwego (*Reizblase*).

Piśmiennictwo. Kraus: La pollakiurie urique („Ann. d. mal. d. org. genito-urin." T. XV, 1897. — Guyon: Die Krankh. d. Harnwege. Wiedeń 1897 (tłómacz. niem.). — Ertheridge: Treatment of the irritable bladder of the women („The Chicago medical journal", 1881). — Chevalier: Les pollakiuries uriques („Annales Gyn." T. XVII, 1899). — Gurvitsch: Zur Kenntniss d. Pollakiurie („St. Petersb. med. Woch." XXIX). — Oberlaender: Zur Kenntniss d. nervosen Erkr. am Harnapparat d. Mannes („Vollkmanns Beiträge" Nr. 275). — Ratherbeury: Excess of uricacid a frequent couse of chronic cystitis („Med. Brief. St. Louis" 1904). — S. Mollard: Sur l'hyperthrophie des reins dans la cirrhose de Laennec („Lyon médical" Nr. 46, 1903). — Brown: Urinary Hyperthrophie („The N. York med. Journ." 1903). — Hirsch: Centralblatt aus d. Grenzgebieten 1904. Streszczenie zbiorowe. (Literatura).

IV. Oceny i sprawozdania.

Marceli Nencki. **Opera omnia.** *Gesammelte Arbeiten von Prof. Nencki. Tom I (1869—1895), str. XLII i 840. Tom II (1886—1901), str. XIII i 893.* Z portretem i autografem autora oraz z tablicami. *Braunschweig, 1905. Fr. Vieweg.*

Leżą przedemną tylko co wydane dwa wielkie tomy ze zbiorem prac naszego sławnego uczonego i budzą one w autorze wierszy niniejszych, jak obudzą pewno w niejednym, rój najróżnorodniejszych myśli i uczuć. Budzą one żal świeży za tą prawdziwie „pańską" postacią, jaką był Marceli Nencki — pańską przedewszystkiem z ducha, z zamiłowania idei naukowej, z wytrwałości dążeń idealnych, niemniej z łaskawości i dobroci postępowania z mniejszymi, — ale i zadowolenie przytem, że nareszcie wystawiono mu *monumentum* najgodniejsze, jakie człowiekowi nauki wystawić można... Budzą jednak tuż zaraz i pytania wątpiące, czy istotnie my najpierw mamy prawo pomniki mu stawiać, czy istotnie ten wielki uczony był „naszym" całkowicie, czy myśmy go dali nauce, czy przeciwnie, mimo pozory, myśmy go tylko w darze od obcych otrzymali?

Takie zapytania, takie smutne przypuszczenia budzą, niestety, te dwa wielkie tomy, ale i budzić muszą. Bo czyż naprawdę każdy jest „naszym", kto z krwi, czy z ziemi naszej pochodzi? Jeśli to ma wystarczać, to niewątpliwie,

Marceli Nencki był „naszym“, — boć śród nas się urodził, nawet do wieku młodzieńczego w szkole tylko śród nas przebywał. Było przecież i coś więcej oprócz tego. Zmuszony wcześnie ojczyznę opuścić i mając przez długie lata dostęp do niej zamknięty, nigdy Nencki o niej nie zapominał, zawsze do niej ciążył, zawsze najchętniej współziomków, czy to było w Bernie, czy w Petersburgu — do siebie garnął i koło siebie gromadził — i ci w nim zawsze „swego“ w całem jestestwie odczuwali. Znajdziemy przecież i całe szeregi prac Nenckiego i jego uczniów w języku polskim,— a więc dbał on i o ojczyste piśmiennictwo naukowe, — pamiętamy cały szereg jego odczytów w warszawskiem Towarzystwie lekarskiem. Wszystko, jednem słowem, czynił Marceli Nencki, by swą „przynależność“ do nas zaznaczyć i o tem społeczeństwo swoje przekonać.

I nie można, z drugiej strony, bynajmniej twierdzić, by społeczeństwo to okazało się względem „swego“ „niewdzięcznem“, by nie dało mu u siebie, jeśli nie formalnego, to takiego moralnego stanowiska, na jakie on zasługiwał. Przeciwnie, — szczególnie tam, gdzie był osobiście bliżej znany, — w Warszawie, — posiadał Nencki imię jaknajwiększe, imię wprost skąpane w atmosferze uwielbienia, niekiedy jakby z pewną domieszką fetyszyzmu, co zresztą daje się zauważyć często u nas wogóle względem wybitnych jednostek.

Wszystko to było niewątpliwie, ale czy to wszystko wystarcza, byśmy mieli prawo uważać Nenckiego tylko „naszym“ i niczyim więcej? Czy do tego, by pewnego twórcę nazwać „swoim“, niepotrzeba jeszcze czegoś więcej, czy właśnie niepotrzeba najpierw czegoś innego — i tego mianowicie, by umysł twórczy znajdował pobudkę do myślenia i badania śród swoich i od swoich ją czerpał, by płody jego twórczości najpierw przez swoich świadomie ocenione zostały i umysły „swoje“ najpierw zapładniały, — by innemi słowy istniała łączność duchowa pomiędzy twórcą i społeczeństwem? Taka łączność zdaje się być właśnie warunkiem niezbędnym, — tylko, zdaje się, przy obecności tego warunku społeczeństwo pewne może nazwać pewnego twórcę „swoim“, może twierdzić, że ludzkość i kultura zdobyły jeszcze jeden umysł wielki tylko przez nie i od niego.

I jeżeli teraz zapytamy, jak to w tym względzie, — względzie najważniejszym, — było między nami, a Marcelim Nenckim, to odpowiedź może być chyba tylko jedna. W Marcelim Nenckim — brzmieć będzie ona — odźwierciedla się wybitnie i znowu powtarza znany a przykry problem nauki polskiej, że z pnia naszego mogą i na polu nauki wyrastać jednostki wielkie, że myślą swą mogą one znakomicie pomnażać dobytek naukowy ludzkości, — ale jednostki te przedewszystkiem nie u nas ziarnem naukowem zapłodnione zostają, nie u nas najpierw oddźwięk i świadomą ocenę znajdują, nie w naszych wreszcie mózgach myśl twórczą dalej rodzą. Wszystko to powtórzyło się z Marcelim Nenckim, jak się już nieraz powtarzało w historyi naszej umysłowości z innymi: u obcych i przez obcych wyrósł i każdy trzeźwo, a nieuprzedzenie na rzeczy spoglądający, żywić będzie usprawiedliwione powątpiewania, czyby nawet Nencki stał się tem, czem się stał, gdyby nie śród obcych, ale śród swoich myśl naukową pielęgnować zaczął. I jak było mało spójni myślowej pomiędzy Nenckim a nami, najlepszem świadectwem jest fakt, że nieliczne światełka samodzielniejszej myśli biologiczno-lekarskiej, jakie się rodzić zaczęły na naszym gruncie w ostatniem trzydziestoleciu, — mimo całą aureolę imienia, prawie nigdy od niego nie zapalano, — prawie nigdzie w naszem piśmiennictwie naukowem imienia Nenckiego, jako punktu wyjścia nie spotkamy, kiedy inni, mniejsi od niego, ale zupełnie obcy, prawdziwie „prorokami“ śród nas nieraz się stawali.

To było, rzec nawet wolno, wprost rażące, i zastanawiałem się nieraz, czy przyczyna głębsza niepłodności myśli Nenckiego śród nas nie leżała po części i w całym charakterze jego działalności naukowej. Z punku widzenia filozoficzno-naukowego, istotnie, Marceli Nencki był to klasyczny „analityk“, — analityk nietylko najwzorowszy, ale może nawet i najbardziej wyłączny śród pokolenia, które w nauce kierunek analityczny właściwie za jedynie „naukowy“ uważało. „Nie był on przyjacielem ogólnych teoryi, które nie łatwo można niezłomnie uzasadniać“, — mówi biograf we wstępie do pierwszego tomu „Opera omnia“ — trzymał się nawet, powiedzieć można, tak zdaleka od uogólnień naukowych, że poza odczytem, wygłoszonym na ostatnim Zjeździe polskich przyrodników i lekarzy w Krakowie „O zadaniach chemii biologicznej“ nie pozostawił nam właściwie żadnej syntezy naukowej, choćby w kształcie podręcznika czy monografii w zakresie pewnego ogólniejszego pytania biologicznego. „Fakt“ naukowy — to była „moc i siła“ Nenckiego; możliwie ścisłe i wyczerpujące opracowanie poszczególnych faktów z różnorodnych dziedzin współczesnej „teoryi“, to cel i treść jego działalności naukowej.

Któż zechce zaprzeczać ważności analitycznego kierunku naukowego? czyż możebnemi byłyby przedewszystkiem zastosowania nauki do życia bez posiadania trwale uzasadnionych „faktów“ naukowych? Przez cóż innego nauka, wracająca nieraz do „teoryi“ z przed dwóch tysięcy lat, dała tyle pożytków życiu spółczesnemu, jak nie przez kierunek „analityczny“, przez opracowanie i zdobycze w ostatniem półwieczu szeregu poszczególnych faktów, których dwa tysiące lat temu nie było? Ujawniło się to dobitnie i w działalności naukowej Nenckiego, którego prace syntetyczno-chemiczne bezpośrednio dostarczyły farmakoterapii szeregu pożytecznych środków leczniczych, że przypomnimy przedewszystkiem popularny salol.

Ale jeżeli „fakt“ naukowy bywa tak ważnym dla życia praktycznego, to — zapytywałem się nieraz, — kiedy chodzi o dalszy postęp nauki, — ściślej mówiąc — o dalszą pobudkę do badania naukowego, jako źródła nowych „faktów“, — czy nie będzie nieraz pożyteczniejszą synteza-teorya? Czy nie będzie ona pożyteczniejszą właśnie u nas, którzy posiadamy pono przeważnie umysły „syntetyczne“, „uogólniające“? Czy zresztą wogóle nie poruszy prędzej umysłów synteza, choćby właśnie przez nieodzowne braki i niedomówienia, czy nie poruszy łatwiej, niż fakt starannie opracowany i udowodniony, tak wyczerpująco opracowany, jak to było u Nenckiego — i w którym też nic lub prawie nic do rozwinięcia dla innych nie pozostaje?

Być może — jest część prawdy w tem, co mówię; ale czyż gdzieindziej fakty Nenckiego nie okazały się w „teoryi“ najbardziej płodnymi? Czy cały Brieger, jeden z pierwszych uczniów Nenckiego, nie zrodził się właśnie ze swego mistrza; czy dla każdego, kto zna bliżej dzieje najnowszej nauki, nie jest niezawodnem, że zalążkiem współczesnych teoryi o toksynach bakteryjnych, ich roli w rozwoju choroby, teoryi, wieńczonych epokowemi konsekwencyami terapeutycznemi, są przedewszystkiem prace Nenckiego: poszukiwania pozornie „bardzo specyalne“ i „suche“ nad produktami gnicia żelatyny, nad składem chemicznym bakteryi gnilnych, — czy właśnie wykrycie przez Nenckiego ważnych różnic chemicznych w składzie drobnoustrojów podobnych morfologicznie nie stworzyło pierwszej pobudki do najnowszych dążeń różniczkowania bakteryi w ten czy inny sposób dyagnostyczno-chemiczny?

Bywa niewątpliwie ważnym bodźcem dla czystej nauki i „fakt“ poszczególny; bo i fakt pozornie drobny, bardzo „specyalny“, zdolen jest zrodzić zupełnie nowe, odmienne pojęcia, jakich przedtem nie było. Były niewątpliwie bardzo płodnymi dla czystej nauki i „fakty“ Nenckiego, — tylko były tam, gdzie istnieje „atmosfera“ naukowa, gdzie istnieją zwarte szeregi badaczy, bacznie śledzących postępy nauki i usilnie starających się w nowych odkryciach znaleźć pobudkę i punkt wyjścia dla własnej

twórczości, gdzie, wreszcie, przeciętny poziom zasobów umysłowych człowieka nauki umożliwia łatwe i szybkie przyswojenie sobie świeżo zdobytych i nowo zróżniczkowanych pojęć naukowych. A jeśli śród nas samych z twórczości Nenckiego śladów nie widać, to właśnie dlatego, że nie było tego wszystkiego, co jest u obcych, że przedewszystkiem, mówiąc językiem codziennym, to, co on robił, wprost było „za mądre" dla nas, że ani nasza przeciętna wytrwałość w badaniu, ani znajomość metod poszukiwania naukowego, nie starczyła na „strawienie" produkcyi tego umysłu znakomitego. I przez tę naszą „niższość" znowu dotknął nas w osobie Nenckiego fatalizm dziejowo-kulturalny, — nie pierwszy to przykład i najpewniej nie ostatni, — że iskra naszego własnego geniuszu, energia twórcza naszego własnego szczepu, poszła przedewszystkiem na wzmożenie dobrobytu umysłowego obcych, że jeżeli nawet później wyniki twórczości tego „naszego", już jednak jako pierwiastki nauki szkolnej do nas przyszły, to i to niemal wyłącznie stało się za pośrednictwem obcych.

Tak! ale czyż wielkie duchy nie są wspólną własnością ludzkości, czyż wolno tu mówić o „swoich" i „obcych" i wprowadzać tak wązkie, jakoby „nacyonalistyczne" punkty widzenia? Zapewne, dziedzina nauki, zarówno jak sztuki, jako największych wykwitów uczłowieczenia, jest i powinna zawsze pozostać terenem, na którym porozumienie i wspólność duchową znajdują i najbardziej wrogie narody: człowiek wielkiego talentu mimowoli staje się „międzynarodowcem" w najlepszem znaczeniu tego wyrazu. Dopóki jednak istnieje spółubieganie między narodami na świecie — spółubieganie, tak często przyjmujące kształty bezwzględnej walki o byt, dopóki atutami w tej walce pozostają nietylko siły fizyczne oraz materyalne, ale i duchowe społeczeństw, a jak obecnie właśnie sprawność i wytwórczość naukowa stają się coraz potężniejszym orężem, — dopóty każdy naród dbać musi o własny dorobek naukowy, o zużytkowanie siły geniuszu swego przedewszystkiem dla siebie, o to właśnie, by „Nenccy" całkowicie, a nie tylko w drobnej części, jak obecnie, na jego „conto" zapisywani zostali...

Smutne myśli budzić mogą wielkie tomy prac Nenckiego, ale przecież wolno obiecywać sobie coś lepszego w przyszłości. Mamy bardzo mało własnej myśli naukowej, ale przecież mamy jej obecnie mimo przeważnie najniepomyślniejsze dla rozwoju narodowego okoliczności, więcej, niż było dawniej. I wolno też śmiało tuszyć sobie, że „duch" naukowy powoli, ale stale śród nas wzrastać będzie, że dźwignie się tak, jak dźwignął się wbrew niedawnym a stanowczym przepowiedniom artyzm, że przedewszystkiem wytworzy się ciągłość idei naukowej, naukowa tradycya, której jeszcze niema śród nas, a która jest cechą podstawową i charakterystyczną zespolenia się społeczeństwa z dążeniami naukowemi i samodzielnego rozwoju w niem naukowej twórczości.

I życzyćby sobie należało, by właśnie świeżo wydane „Opera" Marcelego Nenckiego poszły na tę naszą potrzebę, by przedewszystkiem nasza umysłowość badawcza skorzystała z olbrzymich, a pierwszorzędnej wartości materyałów, jakie tutaj podano. Nie widzę możności ani celu szczegółowego omawiania na tem miejscu treści wydanych tomów: to tylko powiem, że właściwie dopiero obecnie można powziąść dokładniejsze wyobrażenie o całym ogromie i płodności z górą trzydziestoletniej pracy tego, który, jak mówi jego uczeń, a serdeczny biograf[1]), „łączył bogactwo ideowe swych spółziomków z niemiecką sumiennością i niemieckim zapałem do badania". „Opera omnia" zawierają przecież więcej, niż 300 prac samego Nenckiego i jego uczniów, prac stosownie do ważności przedrukowanych *in extenso* z miejsc pierwotnej publikacyi, albo podanych tylko w szczegółowszych streszczeniach ze wskazaniem źródeł, — a dotyczących różnorodnych gałęzi naukowych, — równie dobrze zakresu chemii organicznej jak biologicznej, fizyologii i farmakodynamiki, patologii doświadczalnej i bakteryologii, wreszcie epizootiologii, względnie weterynaryi. Tak wszechstronnym był ten pierwszorzędny umysł! Stosunkowo tylko drobna część tych sławnych badań posiada znaczenie historyczne — w tym sensie, iż weszła dawno w skład nauki i istnieje jako powszechnie znane i uznane fakty; znaczna większość natomiast, nietylko z czasów ostatnich, ale i z przed dwudziestu lat, że przypomnę badania nad utlenianiem ustrojowem, nad chemizmem kiszkowym, rolą wątroby w wytwarzaniu mocznika, nad barwnikiem krwi i t. d. i t. d. — posiada wartość zupełnie świeżych, aktualnych materyałów, jeszcze bardzo niewiele wyzyskanych naukowo, i studyowanie tych prac może dostarczyć niemało pobudki do dalszego badania równie dobrze teoretykowi-biologowi, jak klinicyście. Wysoką więc wartość realną posiada wydawnictwo omawiane — i wysoką niewątpliwie zasługę przed całym światem naukowym zdobyli sobie wydawcy — pani Nadzieja Sieber, znana towarzyszka niemal całej drogi naukowej zmarłego mistrza, oraz p. Jan Zaleski, jeden z jego ostatnich także już dobrze znanych współpracowników, obecnie profesor chemii w Akademii rolniczej w Dublanach. Specyalne podziękowanie od ogółu polskiego należy się wydawcom, nietylko za ich niemałe trudy i mozół przy tej budowie pomnika dla naszego imienia, ale niemniej za to, iż nie omieszkali podkreślić pochodzenie polskie Marcelego Nenckiego i uczestnictwo jego w naszych usiłowaniach naukowych, przedrukowując w tym celu kilka prac, n. p. odczyt na Zjeździe krakowskim w języku naszym. Obecność dzieła w każdej bibliotece naukowej polskiej, w każdej pracowni lekarskiej, wreszcie w rękach każdego badacza-biologa polskiego uważam tembardziej za obowiązek społeczno-etyczny. *E. Biernacki.*

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Bürker. **Działanie klimatu górskiego na krew.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 1905, Nr. 6). Loewy. **Działanie klimatu górskiego i morskiego na człowieka.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1904, Nr. 4). Jaquet. **Klimat górski i tworzenie się krwi.** (*Archiv f. exp. Pathol.* T. 45). Abderhalden. **O wpływie klimatu górskiego na skład krwi.** (*Zeitschrift f. Biologie* T. 43 i *Mediz. Klinik*, 1905, Nr. 9). Doświadczenie i praktyka lekarska oddawna już korzystały z leczniczego i zbawiennego ze wszech miar wpływu, jaki wywiera klimat górski na chory ustrój ludzki. Oddawna wiedziano, że pobudza on w ogólności, podnieca i wzmacnia cały szereg czynności ustroju, nie umiano jednak bliżej przyczyny tego objawu wytłómaczyć. Z chwilą, kiedy we wszystkich prawie krajach cywilizowanych powstały i zaczęły rozwijać się coraz liczniejsze uzdrowiska i sanatorya górskie, zaczęto bliżej rozpatrywać i zajmować się tą kwestyą ze stanowiska więcej naukowego i dociekać prawdy, gdzie i w jakim czynniku klimatycznym leży właściwa przyczyna i w jaki sposób oddziaływa ona korzystnie na ustrój. Tak, jak to w nauce naszej bardzo często się dzieje, za spostrzeżeniami czysto praktycznemi poszły w ślad badania naukowe, praktyka dała bodziec do dociekań teoretycznych. Z początku w pracowniach fizyologicznych poddawano zwierzęta i ludzi działaniu rozrzedzonego powietrza w maszynach i gabinetach pneumatycznych i badano wpływ jego na narząd krążenia i oddychania. Doświadczenia te nie były jednak wiernem naśladownictwem natury, nie można ich też było żadną miarą uważać za ścisłe i dokładne z tego powodu, że uwzględniały one i brały w rachubę tylko jeden pojedynczy czynnik klimatu górskiego, t. j. rozrzedzenie powietrza, podczas gdy w górach współdziała jeszcze cały szereg innych, nawet może ważniejszych czynników, które przyczyniają się, każdy ze swej strony, do wywierania korzystnych wpływów; wymienić tu tylko należy: względną suchość powietrza, brak drobnoustrojów, silne i długotrwałe działanie promieni słonecznych, niską ciepłotę, przewiew powietrza, jego silne przewodnictwo elektryczne, znaczne działanie promieniotwórcze. Że n. p. pierwsze dwa czynniki potężną w górach odgrywają rolę, dowodzi znany powszechnie fakt, iż pokrajane w kawałki mięso, zawieszone w świeżem powietrzu, nie gnije, ale wysycha jak drzewo. Chcąc robić tedy o ile możności

[1]) M. Hahn: „Münch med. Wochenschr.", 1901 Nr. 49, str. 1973.

dokładne spostrzeżenia, należało je wykonywać w warunkach nie sztucznych i naśladowanych, ale wprost naturalnych. Co się tyczy krwi, to od czasu Pawła Berta (1882) cały szereg badaczy dowodził, że pod wpływem klimatu górskiego ulega ona znacznym korzystnym zmianom; do dziś dnia powstało w tym przedmiocie bogate już piśmiennictwo, które wykazuje, że przy przejściu z nizin do gór liczba ciałek czerwonych, jakoteż ilość hemoglobiny, żelaza i tlenu w jednostce objętości krwi się zwiększa. Zazwyczaj przybytek ten nie następuje odrazu z chwilą wzniesienia się i zamieszkania w górach, ale stopniowo w 1—2—3 tygodni, utrzymując się na osiągniętym poziomie tak długo, jak długo trwa pobyt w górach. Z chwilą powrotu do nizin zmniejsza się stopniowo ilość hemoglobiny i ciałek czerwonych, — w ciągu kilku dni, lub nawet miesięcy, — wykazując jeszcze i później przez jakiś czas pewną zwykle nadwyżkę. Bardzo niewielka tylko liczba spostrzeżeń wykazywała prawie natychmiastowe podniesienie liczby ciałek czerwonych i hemoglobiny w górach i następowy nagły spadek z chwilą powrotu do nizin. Kwestya, która zdawała się być już rozstrzygniętą i jasną, stała się nagle sporną, gdy pewna część badaczy ogłosiła ujemne wyniki, według których w górach nie następuje wcale przybytek ciałek czerwonych i hemoglobiny, ale owszem ubytek. W ostatnich nawet czasach dwa doświadczenia, robione podczas jazdy powietrznej balonem, wręcz się sprzeciwiają sobie; podczas gdy Gaule spostrzegał podczas wznoszenia się w górę balonem znaczne powiększenie się liczby ciałek czerwonych z pojawieniem się ciałek jądrzastych, to Zuntz i Schrötter spostrzeżeń tych potwierdzić nie mogli. Sprzeczne wyniki wywołały żywą wymianę zdań i cały szereg przypuszczeń, starających się wytłómaczyć wyniki badań poszczególnych autorów. I tak Miescher tłómaczył zwiększanie się ciałek czerwonych pobudzeniem narządów krwiotwórczych do zwiększonej czynności pod wpływem zmniejszonego ciśnienia powietrza. Za przypuszczeniem tem zdawała się przemawiać naprzód okoliczność, że w preparatach mikroskopowych krwi spostrzegano niekiedy obecność małych ciałek czerwonych, które uważano za formy młodociane, nowo wytworzone, powtóre, że powiększenie dotyczyło w znacznie wyższym stopniu liczby ciałek czerwonych, aniżeli hemoglobiny. Przeciw teoryi Mieschera wystąpił niebawem z opozycyą Gottstein, twierdząc, że wszelkie powiększanie się liczby ciałek czerwonych jest w ogólności pozorne, a winę w tem ponosi używana do liczenia ciałek kamera Thoma-Zeissa, która zmienia swą objętość pod wpływem niskiego ciśnienia i niskiej ciepłoty powietrza. Szczegółowa jednak kontrola Bürkera dowiodła, że jeżeli liczenie ciałek krwi odbywa się tylko w sposób dostatecznie wprawny i szybki, to błędy nie leżą po stronie kamery Zeissa i nie zależą od wahań ciepłoty i ciśnienia, spotykanych w praktyce. Ściany bowiem, a co za tem idzie i objętość kamery, nie zmienia się tak daleco przy stosunkowo niewielkich różnicach ciepłoty i ciśnienia, spotykanych w naturze, aby z tego powodu wynikać mogły błędy w liczeniu Główny zarzut, stawiany teoryi Mieschera, został w ten sposób zupełnie odparty. Jak rozmaite były jednak zapatrywania na kwestyę działania klimatu górskiego na stan krwi, wystarczy wymienić po kolei wszystkie teorye, jakie stawiano z biegiem czasu. I tak zwiększenie liczby ciałek czerwonych i hemoglobiny tłómaczył Fick mniejszym rozpadem i zużywaniem się krwinek czerwonych w atmosferze rozrzedzonej, a tem samem i przedłużeniem ich życia; Grawitz i Sahli — zagęszczeniem się krwi pod wpływem zwiększonego w górach parowania i przeziewu skórnego; Zuntz nierównomiernem rozmieszczeniem się krwi w układzie krwionośnym, a w szczególności rozszerzeniem się naczyń włosowatych skóry (z których się zazwyczaj krew do badania pobiera) pod wpływem ciepłoty i silnego działania promieni słonecznych; Bunge wreszcie — przystosowaniem się ustroju do zmniejszonego ciśnienia parcyalnego tlenu: aby mu mianowicie sprostać i dostatecznie się nim nasycić, musi w jednostce czasu więcej hemoglobiny przepływać przez włosowate naczynia płuc, a dzieje się to w ten sposób, że krew się zagęszcza skutkiem przenikania pewnej części osocza z naczyń krwionośnych do przestrzeni chłonnych ustroju; wytworzone tą drogą zagęszczenie krwi imponuje później jako prawdziwe powiększenie się liczby krwinek. We wszystkich dotychczasowych obliczeniach ciałek czerwonych opierano się na próbach krwi, pobranych do badania z obwodowych naczyń, a w szczególności z naczyń włosowatych skóry. Oczywiście, że tego rodzaju obliczenia nie są zupełnie ścisłe i nie są dokładnym wskaźnikiem jakości krwi w całym ustroju: wiadomo bowiem, jak skutkiem naczynioruchowych wpływów, — a te przecie w górach znaczną odgrywają rolę, — skład krwi w naczyniach obwodowych się zmienia. Względy powyższe spowodowały, że w ostatnich czasach zaczęto oznaczać całą ilość krwi u zwierząt przez ich skrwawienie. Sposób postępowania bywa zazwyczaj następujący: zwierzęta dzieli się na grupy według pojedynczych rzutów; jedną połowę z każdego rzutu pozostawia się w nizinach, a drugą przenosi się do miejscowości górskich, żywiąc zwierzęta przez cały czas doświadczenia w obu miejscach jednakowo tak pod względem ilości, jak i jakości. Po pewnym czasie zabija się przez skrwawienie zwierzęta, przebywające w górach i oznacza całkowitą ilość hemoglobiny. Z badań tych wynika, że im dłużej trwał pobyt w górach, tem zapas hemoglobiny staje się większy. Do podobnych zupełnie wyników doprowadziło także oznaczanie całkowitej ilości żelaza we krwi i w narządach wewnętrznych. Badania histologiczne szpiku kostnego wykazały u zwierząt, które przebywały w górach, miejscowe przeobrażanie się szpiku żółtego na szpik czerwony. Z licznych tych spostrzeżeń, wielokrotnie stwierdzonych w ostatnich czasach, wynika, że rzeczywiście klimat górski działa korzystnie na krwiotwórcze narządy ustroju; bliższe jednak szczegóły tego zawiłego biologicznego procesu są nam jednak do dziś dnia nieznane; na każdym kroku nowe nasuwają się pytania, na które dopiero przyszło badania mogą odpowiedzieć.

Wilczyński.

G. Klemperer. **Leczenie kamicy żółciowej.** (*Therapie der Gegenwart*, Nr. 2, 1905). Autor streszcza przeglądowo obecnie stosowane zabiegi zarówno w ostrych napadach, czyli tak zwanych kolkach, spowodowanych kamicą, jakoteż w przewlekłej skazie kamiczej. W napadzie kolki poleca w pierwszym rzędzie wstrzykiwanie podskórne morfiny; według jego doświadczenia ten sposób podawania tego leku działa szybciej i pewniej, niż wszelkie inne, i dlatego stosuje go kilkakrotnie, nawet w podeszłym wieku chorych i w miernym zapadzie; równocześnie posługuje się termoforami, albo okładami o ile możności gorącymi, tłómacząc sobie pomyślny ich skutek w ten sposób, iż gorąco niejako przygłusza bole. Bardzo sceptycznie wyraża się K. o wynikach stosowania leków rzekomo rozpuszczających kamyki lub żółciopędnych; nie ufa ani durandowskim kroplom, ani eunatrolowi, ani salicylanowi sodowemu; przetwory te przyczyniają się najwyżej do skracania napadów, nie wpływając wcale lub bardzo mało na samą istotę sprawy chorobowej. Najwięcej pod tym względem zasługuje na nasze zaufanie ścisła dyeta i woda karlsbadzka w ilości 2—3 szklanek dziennie, albowiem ten bodziec fizyologiczny najwięcej się przyczynia do wydzielenia żółci. W przewlekłych przypadkach wolno próbować, chociaż z pewną oględnością, miesienia wibracyjnego przewodów żółciowych, po którem K. kilkakrotnie spostrzegał, iż nietylko bole szybko ustały, ale i kamień po 24 godzinach znalazł się w kale. Chorym, sklonnym do kolki żółciowej, zakazuje autor noszenia sznurówki lub paska, a to w celu nietamowania odpływu żółci; natomiast poleca odpowiednią opaskę brzuszną tam, gdzie wiotkie powłoki brzuszne nie wywierają odpowiedniego ucisku; zaleca się dalej takim chorym ciągłe picie szczaw alkalicznych, szczególnie naczczo, gdy warunki chłonienia są najlepsze; dyetę przepisać należy nie drażniącą, nie przepełniającą zbytnio żołądka z unikaniem napojów wyskokowych, potraw zbyt tłustych, za kwaśnych lub wywołujących wzdęcie. Ruch jest wskazany, tak samo jak ćwiczenia gimnastyczne w porach wolnych od napadów; choć z drugiej strony wystrzegać się należy wysiłków, tak samo jak wzruszeń umysłowych i moralnych, wywołujących dość często napady kolki. Jeśli napady są za często, wówczas nie można się spodziewać wiele po leczeniu wewnętrznem; natomiast szybszą poprawę sprawia zwykle w takich razach zabieg chirurgiczny, czy to cholecystostomia, czy też cholecystektomia, chociaż z drugiej strony pamiętać należy, iż 5% operowanych umiera wskutek zabiegu.

Korm.

Quenstedt. **Działanie przetworów salicylowych na nerki.** (*Therapie der Gegenwart*, Nr. 3, 1905). Przed kilku laty Lüthje (*Deut. Archiv. f. klin. Med.* 1902) pierwszy zwrócił uwagę, że przetwory salicylowe, wbrew dotychczasowemu mniemaniu, nie są obojętne dla ustroju i że prawie w każdym przypadku dłuższego ich stosowania można stwierdzić u chorego objawy zadrażnienia dróg moczowych, w szczególności nerek. Aby sprawdzić spostrzeżenia L., robił autor badania na obfitym materyale kliniki Stintzinga w Jenie. Chorym gośćcowym, których mocz przedstawiał się poprzednio pod każdym względem zupełnie prawidłowo, podawał zależnie od nasilenia objawów gośćcowych 6—4—2 grm. dziennie przetworów salicylowych. W czasie ich stosowania zauważył na 200 wykonanych przez siebie rozbiorów moczu 110 razy obecność białka (przeważnie tylko ślady), a 96 razy obecność wałeczków w osadzie; nadmienić należy, że autor posługiwał się nietylko zwykłym salicylanem sodowym, ale także i nowszymi, modnymi, z wielu stron zachwalanymi preparatami. Że nie był to białkomocz fizyologiczny, dowodziła okoliczność, że chorzy ani przed, ani po okresie doświadczenia, względnie podawania salicylu, nigdy śladów białka nie okazywali, a powtóre, że do badania używany był zawsze mocz z nocy, w którym, według Leubego, nawet w przypadkach istotnego fizyologicznego białkomoczu białko się nie ukazuje. Podobnie nierzadko spotykał autor w osadzie wałeczki —

przeważnie szkliste i ziarniste. Że nie była to znowu t. zw. cylindrurya fizyologiczna, jaką w ostatnich czasach opisywano, dowodziła okoliczność, że pojawiała się ona tylko w czasie okresu podawania salicylu, znikając zupełnie z chwilą jego usunięcia. Z innych składników morfotycznych zauważył autor znacznie niekiedy zwiększoną ilość komórek nabłonkowych górnych i dolnych dróg moczowych, obok ciałek białych często w tak dużej ilości, że obraz drobnowidowy odpowiadał w zupełności temu, jaki się spotyka w lekkim złuszczającym nieżycie pęcherza. Na podstawie swoich spostrzeżeń potwierdza autor w zupełności zdanie L., że większa ilość salicylu drażni prawie zawsze drogi moczowe i to w niektórych przypadkach przeważnie nerki, w innych zaś pęcherz. Wszystkie objawy zadrażnienia ustępują w jakiś czas po odstawieniu salicylu w zupełności. Czy spotykaną prawie zawsze przez rozmaitych badaczy w osadzie moczowym podczas podawania salicylu znacznie zwiększoną ilość szczawianu wapniowego (kryształy kopert listowych) tłómaczyć można wprost zwiększeniem się ilości wydzielanego z ustroju kwasu szczawiowego pod wpływem salicylu, czy tylko ułatwieniem warunków jego krystalizacyi, czy też wreszcie jest to objaw, zależny tylko od odpowiedniej dyety, a nie od salicylu, — rozstrzygnąć powinny przyszłe szczegółowe badania. *Wilczyński.*

K. Rzętkowski. **Nowy sposób utrwalania preparatów mikroskopowych.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 10, 1905). Rozpostarte w możliwie najcieńszej warstwie na szkiełkach nakrywkowych preparaty krwi, plwociny, osadu moczowego lub preparaty cytologiczne wysusza autor przez krótką chwilę na powietrzu pod kloszem szklanym (celem uniknięcia zanieczyszczeń od kurzu). Wysuszone preparaty kładzie do naczynia (objętości około 200 ctm.³), zawierającego 40—50 ctm.³ świeżej, najczystszej oliwy tak, aby się w niej szkiełka zupełnie zanurzyły i poddaje je następnie na siatce drucianej ostrożnie ogrzaniu na lekkim płomieniu lampki gazowej lub spirytusowej. Gdy ciepłomierz, wstawiony w oliwę, wskaże 117—118° C., wtedy się całe naczynie zdejmuje z siatki, podczas czego ciepłota podnosi się zazwyczaj do 120—121°. Z ciepłej jeszcze oliwy wyjmuje się preparaty szczypczykami, wysusza między skrawkami bibuły, zmywa bardzo dokładnie eterem kilkakrotnie aż do zupełnego uwolnienia preparatu od przylegających kropelek tłuszczu, w końcu poddaje się je jeszcze zmyciu alkoholem i wodą. Utrwalone powyższą drogą preparaty dają bardzo dobre wyniki, barwiąc się doskonale wodnymi, jak i alkoholowymi rozczynami barwików. *Wilczyński.*

E. Leyden i P. Lazarus. **Przypadek porażenia wskutek postrachu. Uwagi dodatkowe.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 8, 1905). Przypadek dotyczył 16-letniej służącej, która w 60 godzin po doznanym przestrachu została porażoną na całem ciele, począwszy od szyi. Podczas gdy jednak niedowład mięśni tułowia i brzucha, oraz utrudniona sprawność zwieraczy w następnych dniach sama ustąpiła, stan poraźny kończyn górnych i dolnych nie zmienił się wcale, a towarzyszyło mu jeszcze znieczulenie zupełne na ból, ciepłotę i dotyk; chorą zupełnie niedołężną i bezradną trzeba było karmić jak niemowlę; odruchy ścięgniste były prawidłowe, natomiast nie można ich było wywołać na skórze; narządy wewnętrzne zdrowe, chora łykała wszystko z łatwością; sen, łaknienie i usposobienie nie nie pozostawiały do życzenia. Co do etyologii tego stanu chorobowego, to autor uważa nagły strach za jedyną przyczynę zasłabnięcia. Takie wzruszenia umysłowe mogą się stać przyczyną zaburzeń w narządzie krążenia, a częściej jeszcze w układzie nerwowym, pod postacią drżączki poraźnej, pląsawicy, udaru mózgowego, a szczególnie nerwic czynnościowych. Przyłączając z piśmiennictwa spostrzeżenia własne i innych autorów, podobne do opisanego przypadku, Leyden zastanawia się nad sposobem powstania anatomicznych zmian wskutek wzruszeń i przypuszcza, że i w tych przypadkach jedynie usposobienie osobnicze odgrywa ważną rolę. Wzruszenie w przytoczonym przypadku działało podobnie, jak wstrząs urazowy, przez przerwanie drogi przewodnictwa od ośrodków mózgowych kończyn i to tak dla czucia, jak i dla ruchu. O ile w przebiegu tych zaburzeń nie przyłączy się istotne schorzenie rdzenia, należy w takich przypadkach rokować pomyślnie. Leczenie jest po części psychiczne, po części pobudzające, co się uskutecznia silną faradyzacyą, która wywołuje uczucia bolu i drgania. Lazarus, przedstawiając chorą już jako uzdrowioną i zdolną do pracy, wspomina, że leczenie trwało 19 dni. Już podczas pierwszej i jedynej elektryzacyi ustąpiło znieczulenie; osłabiając nasilenie prądu. żądano energicznie od chorej, by naśladowała drgania i ruchy mięśni, wywołane prądem przerywanym; początkowo nie udało się wcale, ale w 3 dni później cho a wykonywała wszystkie ruchy w pojedynczych stawach kończyn, chcć dość niezgrabnie. Dalsze ćwiczenia ustawiczne i zachęcania doprowadziły nareszcie do pożądanego celu. *Korm.*

Pelz. **O wstrzykiwaniach zewnątrzoponowych** (*epiduralnych*). (*Centralblatt f. d. Grenzgebiete der Med. und Chir.*, 1905). Catelin pierwszy w roku 1901 stosował ten sposób wstrzykiwań, chcąc uniknąć tą drogą niebezpieczeństw, połączonych z praktykowanemi wstrzykiwaniami podpajęczemi. Płyn wstrzyknięty, czy to 1—2% kokaina, czy też rozczyn fizyologiczny soli kuchennej, nie dostaje się między opony, lecz tylko do przestrzeni, wyścielonej okostną kręgów i oponą twardą, obfitującej w korzonki nerwowe i gęste sploty żylne. Wyjaławianie igły u strzykawki i płynu stosowanego, jakoteż zachowanie zasad czystości co do pola operacyjnego, jest nieodzownie potrzebne. Co się tyczy wskazań klinicznych do wykonania powyższego zabiegu, to wszyscy się zgadzają, iż w pierwszym rzędzie należy go stosować w nerwobolach dolnej połowy tułowia i to naturalnie tylko objawowo, gdyż na sprawę chorobową jako taką, metoda ta wcale niema wpływu. Ponieważ wykluczonem jest, by chory sam wykonał w mowie będący rękoczyn, nigdy nie może nastąpić przyzwyczajenie, jak bywa przy morfinie i kokainie, a tem samem niebezpieczne skutki ciągłego podawania tych środków są niemożliwe. Stosowano wstrzykiwania zewnątrzoponowe w przypadkach samowolnego oddawania moczu; statystyka wyników wykazuje 49% wyleczeń trwałych, 35% polepszeń trwałych, 10% polepszeń przemijających, i nareszcie 4% nie wyleczonych. Probowano też wpływu tej metody leczenia na zaburzenia w zakresie chorób płciowych, jak n. p. w niedołęztwie męzkiem, nasieniotokach i t. p., ale wyniki były wątpliwe, a liczba chorych za szczupłą, by można było wyciągnąć jakieś ogólne wnioski. Wreszcie doświadczenia, wykonane w zamiarze wprowadzenia tą drogą do ustroju nie obojętnych leków, należy uważać za nieudane, a nawet za niebezpieczne. *Korm.*

CHIRURGIA. Depage i Mayer. **O wycinaniu moczowodów i pęcherza przy rozległym raku macicy.** (*Arch. für klin. Chirurgie*, 74, 1905). W przypadku rozległego raka macicy nie powinien operator wahać się ani chwili poświęcić część moczowodów lub pęcherza. Moczowody można często potem wszyć znowu do pęcherza. Depage i Mayer przytaczają odpowiednie 4 historye chorób. Sokoloff w roku 1899 zebrał 28 przypadków połączenia moczowodów z pęcherzem: śmiertelność wyniosła 10·7%. Obecnie już jest opisanych około 63 przypadków: śmiertelność wynosi 11·7%, a po obliczeniu przypadków, zmarłych z innych przyczyn, tylko 5·9%. Łączenie to można wykonać przez wszycie moczowodu do pęcherza zapomocą rurki, guzika lub samego szwu. Depage poleca swój prosty sposób: odcinek środkowy moczowodu obcina skośnie i oswobadza z otrzewnej. W obranym miejscu pęcherza robi mały otwór i wprowadza do niego moczowód, zaopatrzony na końcu nitką jedwabną Nr. 0. Końce tej nitki wyprowadza z pęcherza od wewnątrz w odległości 1½ ctm. od otworu i zawęźla na zewnątrz (podobnie jak przy operacyi przepukliny sposobem Barkera). Po ukończeniu tego aktu obszywa się jeszcze moczowód szwami surowiczymi, tak jak dren przy gastrostomii Witzla, przez co moczowód leży w kanale. Operacya łatwa, da się wykonać szybko. Boczne zranienia moczowodu można po prostu zaszywać, łączyć oba moczowody ze sobą bocznie lub wszczepiać środkowy koniec przeciętego do drugiego. Wszczepianie moczowodów do skóry, prostnicy i pochwy daje gorsze wyniki. Stosunkowe najlepsze następstwa daje operacya Maydla, bo tylko 22% śmiertelności. W jednym przypadku raka macicy wycięli autorowie pęcherz moczowy, jeden moczowód wszyli do jelita grubego wstępującego, drugi do zstępującego; chora wyzdrowiała. *Dr. A. Klęsk.*

Lilienfeld. **O podskórnych zranieniach jelit i ich leczeniu.** (*Beitr. zur klin. Chirurgie*, 1905, 45, I). Autor omawia przypadki (z piśmiennictwa) podskórnego pęknięcia i zranienia jelit, dołączając do nich 5 nowych przypadków z następowem ogólnem zapaleniem otrzewnej (z tego dwa wyzdrowienia). U jednego z pacyentów nie było właściwie pęknięcia, lecz tylko zgniecenie jelita, a mimo to spotkano ogólne zapalenie otrzewnej. Jelito, wyłożone przed raną, wkrótce przyszło do siebie. Na mocy obszernego doświadczenia swego szefa Riegnera radzi autor zawsze w przypadkach zajęcia otrzewnej zakładać enterostomię: uwalnia się przez to zaraz ustrój od zatrucia kałem. Szybka operacya i rozpoznanie decydują tu o wszystkiem. W razie wysokiego pęknięcia jelita nie można naturalnie zakładać przetoki; wystarcza tu zwykle za to skrupulatne płókanie żołądka. Jelito zmiażdżone przepuszcza swobodnie bakterye i mimo braku otworu zakażenie otrzewnej wystąpić może. Przy ogólnem zajęciu otrzewnej radzi autor toaletę jamy brzusznej na sucho, w razie ropy sączkowanie zapomocą grubych drenów. *A. Klęsk.*

Kuzmik. **Guzy nadnerczowe nerki.** (*Beitr. zur klin. Chirurgie*, 1905, 45, I). Po przytoczeniu historyi chorób spostrzeganych przez siebie 3 przypadków guzów nadnerczowych nerek

omawia autor szczegółowo tę sprawę, zwracając uwagę, że nowotwory te spotyka się często przypadkowo przy sekcyach w zaczątkach, jako narośle wielkości grochu lub wiśni i często uważa się je za gruczolaki, tłuszczaki lub naczyniaki, a nie bada się ich pod drobnowidem. Guzy te rozrastają się dopiero zwykle po 45-tym roku życia, usadawiają się na górnym biegunie nerki pod torebką, a mają utkanie kory i rdzenia nadnercza. Klinicznie zdradzają ich istnienie w pierwszym rzędzie krwotoki nerkowe. Guzy rosną z początku powoli i równomiernie; spostrzegano n. p. krwotoki na $11\frac{1}{2}$ lat przed wybadaniem guza. Złośliwość ich powiększa się w miarę wzrostu, przebijają torebkę nerki, wkraczają do żył i tworzą przerzuty. Zawierają dużo glikogenu i lecytyny, często żółty barwik. Przerzuty w drugiej nerce należą do rzadkości, często natomiast spotyka się w obu nerkach pierwotne ogniska. Przerzuty powinny być bezwzględnem przeciwskazaniem do operacyi, podobnie zajęcie żyły nerkowej i dolnej głównej, choć próbowano oczyszczenia tych ostatnich, lecz bez skutku. Zabieg taki niema celu, przedłuża operacyę i czyni ją niebezpieczną dla pacyenta, a pomódz już nic nie może. Wydobywać najlepiej te guzy od strony lędźwi; usuwać należy cały tłuszcz okołonerkowy, a szypułę nerki pod odcięciu obszyć katgutem. *A. Klęsk.*

Dr. Landau. **Mięsień prosty brzucha w stosunku do bramy przepukliny pachwinowej wewnętrznej.** (*Zentralblatt f. Chir.*, Nr. 5, 1905). Mięsień prosty przy skurczu skracając się, rozszerza się równocześnie o jaki 1 ctm., wskutek czego brzeg jego zewnętrzny zakrywa bramę przepuklinową, czyniąc ją niedrożną. Rozszerzenie to nie przychodzi do skutku w położeniu wdechowem, gdyż przy wdechu zwiększa on biernie swe rozmiary na długość. Przeciwnie w położeniu wydechowem skraca się i rozszerza mięsień prosty *ad maximum*, a nasuwając się na bramę, stanowi dla niej niejako zaporę ochronną. Sądzi więc autor, że w przypadkach istniejącej szerokiej bramy, lub nawet małej przepukliny, byłoby wskazanem wykonywanie wszelkich czynności, połączonych z podniesieniem ciśnienia w jamie brzusznej (parcie na stolec, wysiłki fizyczne, kichanie) w położeniu wydechowem, gdyż w ten sposób można się na długi czas uchronić przed zabiegiem operacyjnym lub noszeniem paska, nie zaprzestając nawet ciężkiej fizycznej pracy zawodowej. *Dr. Jossé.*

Dr. Mellin. **Tiosinamina w leczeniu przykurczeń bliznowatych.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 5, 1905). Od czasu, kiedy Hebra wprowadził tiosinaminę, używano tego przetworu we wszystkich sprawach, którym towarzyszyło tworzenie się blizn. I tak już Hebra zastosowywał go w leczeniu liszaja żrącego, gruczołów zmienionych gruźliczo, w zmętnieniu rogówki, w przykurczeniach więzadeł i ścięgien, wywołanych bliznami skóry. Dalej zastosowywano tiosinaminę z mniejszym lub większym skutkiem i w chirurgii, w sprawach przewlekle zapalnych, jak zwężeniach cewki moczowej, zrostach wszelkiego rodzaju w jamie brzusznej i to zarówno przed operacyą, jak i po niej, w cierpieniach, wywołanych tworzeniem się blizn i zrostów (Lewandowski). Działanie tego leku na tkanki bliznowato zmienione, nie jest dotychczas jeszcze zupełnie jasne. Według badań Glasa polega ono na pęcznieniu i zwiotczeniu tkanek bliznowatych. Tiosinaminę zazwyczaj wstrzykuje się podskórnie (w roczynie alkoholowym 15—20% lub wodnym 10% z gliceryną), stopniując dawkę od $\frac{1}{2}$—1 strzykawki Pravatza; razem 20—30 wstrzyknięć, które odpowiadają 2—3 grm. przetworu. Objawów ogólnych tiosinamina prawie nie wywołuje, z wyjątkiem niekiedy pokrzywki u dzieci, a przy znaczniejszych dawkach zwiększonego wydzielania moczu i lekkiej śpiączki. Z licznych przypadków, leczonych w szpitalu w Britz, w których zastosowano tiosinaminę z dodatnim wynikiem, przytacza autor kobietę w wieku 53 lat, która doznała oparzeń 2—3 stopnia na twarzy, ramionach i rękach. Po odpadnięciu części obumarłych i zastosowaniu przeszczepień sposobem Tnierscha, wytworzyły się rozległe blizny, które wywołały przykurczenie ramienia pod kątem prostym i zesztywnienie palców i odwinięcie powiek znacznego stopnia. W 25 wstrzyknięciach podano 2·3 grm. tiosinaminy przy równoczesnem zastosowaniu miesienia. Po miesiącu chora wyleczona opuściła szpital. *Dr. Jossé.*

Dr. C. Israel. **Podwiązanie tętnicy miednicowej prawej** (*a. hypogastrica*) **z powodu tętniaka t. pośladkowej dolnej** (*a. glutaea inferior*). (*Deutsche med. Wochenschrift*. Nr. 5, 1905). Do szpitala zgłasza się kobieta w wieku 56 lat, ma guz na prawym pośladku, w którym od kilku miesięcy doświadcza silnych bólów. Objawy te przypisuje upadkowi, który miał miejsce przed niespełna rokiem. Badanie wykazuje: olbrzymi tętniący guz, pokryty na szczycie prawie tylko skórą, wychudzenie, brak łaknienia, tętno małe, ściany tętnic twarde. Ponieważ chora nie zgadza się na zabieg operacyjny, zastosowano leczenie objawowe: makowiec, jodek potasu, spokój, ucisk. Z dnia na dzień stan pogarsza się z równoczesnym wzrostem guza, który dochodzi do wielkości głowy dziecka. Wobec tego przystąpiono do podwiązania tętnicy miednicowej w połowie odległości między jej punktem wyjścia, a najbliższem rozgałęzieniem. Po podwiązaniu tętnienie ustało, guz stał się w pierwszej chwili większy i twardszy, aby następnie stopniowo się zmniejszać. Po wygojeniu się rany chora w $1\frac{1}{2}$ miesiąca opuściła szpital. Stan ogólny poprawił się znacznie, guz pozostał wielkości jaja kurzego, nie tętniący i nie sprawiający żadnych dolegliwości. Obrzęki kończyn, które po operacyi wystąpiły, znikły zupełnie dopiero po $1\frac{1}{2}$ roku. *Dr. Jossé.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Raschkow. **O związku chorób umysłowych z chorobami skórnemi.** (*Derm. Zeitschrift.* XII. 2, 1205). Związek między temi dwiema grupami chorób jest dotąd jeszcze mało znany, chociaż opisywano przypadki, w których udowodniono wzajemny wpływ tych chorób na siebie, gdyż stwierdzono przeciwne wahania w nasileniu choroby umysłowej, a skórnej. Autor opisuje przypadek z kliniki psychiatrycznej wiedeńskiej, w którym u kobiety 44-letniej wystąpiło zboczenie umysłu z omamami i uczuciem lęku, rozpoznane jako ogólne pomieszanie (*amentia*). W okresie, w którym pobudzenie i lęk prawie zupełnie znikły, pojawiło się silne zaczerwienienie twarzy, a następnie liczne guzki i krosty w postaci trądzika różyczkowego (*acne rosacea*). Ile razy zaczerwienienie przybladło, a w końcu znikało całkiem, pojawiało się silniejsze pobudzenie, a z chwilą uspokojenia się chorej powstawały nowe guzki i krosty. Związek taki tłómaczyćby można chyba tylko działaniem toksyn, które i w etyologii ogólnego pomieszania odgrywają rolę. *Krzysztalowicz.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Bornyval. Oficynalne przetwory kozłka rozkładają się bardzo łatwo i tracą skuteczność. Stąd też starano się oddawna wytworzyć chemicznie takie związki kwasu kozłkowego, któreby lepiej się utrzymywały. Do takich należą n. p. kozłkan cynkowy, oraz związki, zwane validolem i valolem. Brak w nich jednak jednego skutecznego składnika, mianowicie borneolu. Zawiera go z przetworów kozłka jedynie bornyval, niedawno wytworzony, mający postać przezroczystej, aromatycznej cieczy, oddziaływającej obojętnie, wrzącej przy 250°. Środka tego próbował Boss (*Medizinische Klinik* 1905, Nr. 7) w 15 przypadkach, w których wskazane były przetwory kozłka i oświadcza, że lek ten jest najlepszem *analepticum* z dotąd znanych. Podaje się w perełkach po 0.25 grm. 3—4 razy dnia. *Ll.*

Jothion, nowy przetwór, wyrabiany przez fabrykę Bayera w Elberfeldzie, jest to ester kwasu jodowodorowego, nierozpuszczalny w wodzie, rozpuszczalny zaś w olejach, alkoholu i innych rozczynnikach organicznych, mający postać cieczy oleistej i zawierający 80% jodu. Jothion wchłania się łatwo przez skórę, dlatego Schindler (*Prager med. Wochs.*, 1904, 39) użył go w postaci wcierań maści: *Jothion 2,0 Cerae albae, Lanol anhydr aa 0,5*, gdyż wcierany w stanie czystym wywołuje ten lek łatwo pieczenie skóry i podrażnienie błony śluzowej nosa i spojówek. Po wtarciu w skórę wykazywano jothion w ślinie po godzinie, w moczu po $1\frac{1}{2}$—2 godzin. Po ukończeniu wcierań wydzielał się jod w moczu i ślinie jeszcze przez tydzień i dłużej. W 18 przypadkach kiły późnej ustąpiły zmiany nosa, skóry i kości, po jothionie znacznie szybciej, niż po zwykłych przetworach jodowych, przyczem ani razu nie zdarzyła się jodzica. Równie dobre wyniki uzyskał Lipschütz (*Wiener med. Wochs.*, 1904, 28). *B.*

Prof. A. Neisser i K. Siebert. **O stosowaniu maści kalomelolowej („unguentum Heyden") do leczenia przeciwkiłowego wcieraniami.** (*Medizin. Klinik*, Nr. 1, 1905). Najprostszem, najdogodniejszem i najpewniejszem leczeniem rtęcią byłoby wstrzykiwanie nierozpuszczalnych przetworów rtęciowych, gdyby nie powstawały przytem nacieki, ropnie, bole etc. Wstrzykiwania zastępujemy dlatego wcieraniami. W tym celu polecają N. i S. maść kalomelolową. Nie jest ona wprawdzie skuteczniejszą od zwykłych wcierań lub wstrzykiwań, leczenie jednak tą maścią jest o wiele łatwiejsze i przyjemniejsze dla chorych, szczególnie kobiet, ponieważ dzięki białej barwie maści jest czystsze i nie zdradza choroby otoczeniu. „Ungnentum Heyden" zawiera 30% rtęci. W wrocławskiej klinice leczono nią 54 przypadków (52 kiły wtórorzędnej, 2 trzeciorzędnej). Jednorazowa wcierka: 8—10 grm., przeciętnie 30 wcierek. Skutek nie był uderzająco „ostrym", lecz odpowiadał łagodnym wstrzykiwaniom (salicylan i tymolan rtęciowy) lub miernym zwyczajnym wcierkom (po 3 grm. szaruchy). Doświadczenia na zwie-

rzętach wykazały, iż maść kalomelolowa równa się co do trujących własności maści szarej. Tak maść kalomelolowa, jak i sam kalomelol w postaci pudru (*Kalomelol 5·0, Zinci oxyd., Amyli aa 2·5*), działa też szybko na miejscowe zmiany kilowe, jak wrzody, kłykciny sączące i t. d. *Baschkopf.*

Haberfeld (*Orvosi Hetilap*, 1904, Nr. 36, 37) wykonał w szpitalu św. Jana w Peszcie badania nad dyetetyczną i leczniczą wartością protyliny. Stwierdziwszy, że środek ten ulega strawieniu w jelitach, uważa go H. za wskazany we wszystkich tych przypadkach, w których trawienie żołądkowe podupadło i chcąc dostarczyć ustrojowi białka, trzeba podawać je w takiej postaci, aby mogło być strawione w jelitach. Protylina, obfitująca w białko i fosfor, dzielnie wspiera sprawę odradzania się u takich osób, które znajdują się jeszcze w okresie rozwoju, i nadaje się w przypadkach zaburzeń odżywczych układu nerwowego i kostnego. Protylinę najlepiej podawać po 4—5 grm. 3 × dnia, rozmieszawszy z wodą lub mlekiem w czasie posiłków, przyczem podnieca ona także łaknienie. H. zauważył u swych chorych znikanie zaburzeń trawienia, przybytek sił i wagi ciała, — u niedokrwistych wzrost ilości hemoglobiny we krwi. *R.*

Dla zapobieżenia zimnicy byłoby według Moriego najlepszym środkiem (*Allg. med. Centr-Zeitung* 1904, Nr. 42) niewątpliwie wygubienie roznoszących zarazki komarów. Dopóki to jednak jest niemożliwe, należy u osób, których zajęcia muszą się odbywać na wolnem powietrzu o niebezpiecznej porze, starać się cel osiągnąć przez podawanie środków wewnętrznych. Z nich za najlepszą uważa M. euchininę, jako mniej niesmaczną, a co ważniejsza, mniej szkodliwie działającą na krążenie, niż chinina. M. podawał do 2 gr. jednego dnia w ciągu 2 godzin bez żadnych niemal skutków ubocznych. Z tych samych względów zaleca Nicastro (*Gazz. med. Lomb.* LXIII, Nr. 5) ten środek do leczenia wybuchłej już zimnicy. *Zm.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Sprawozdanie z poświęcenia i uroczystego otwarcia „Domu Tow. lek. krak." w dniu 2 marca 1905 r.

O godz. $11\frac{1}{2}$ przed południem, przy licznym udziale zaproszonych uczestników, dokonał poświęcenia nowego przybytku ks. kanonik Rychlak, proboszcz parafialnego kościoła św. Mikołaja na Wesołej, poczem zwrócił się do obecnych z okolicznościowem przemówieniem.

W kilku serdecznych słowach podziękował mu prezes imieniem Towarzystwa lek. i przystępując do otwarcia posiedzenia, zaprosił kolegę sekretarza generalnego do odczytania wyjątków z protokołów posiedzeń Towarzystwa, dotyczących budowy „Domu". Następnie kol. przewodniczący zaznaczył, że na dzień otwarcia „Domu" przypadło ukończenie druku „Słownika lekarskiego polskiego", wydanego staraniem Towarzystwa i udzielił głosu kol. prof. Browiczowi, przewodniczącemu Komisyi słownikowej.

Kol. prof. Browicz oznajmia, że praca przedsięwzięta około ułożenia „Słownika" dobiegła końca i jako owoc tejże składa w ręce prezesa Towarzystwa pierwszy egzemplarz „Słownika".

Kol. przewodniczący przyjmuje imieniem Towarzystwa z rąk prof. Browicza »Słownik" i dziękuje jemu i Komisyi słowami:

„Niech mi wolno będzie, Czcigodny Panie Kolego, w imieniu naszego Towarzystwa złożyć w Twoje ręce serdeczną podziękę dla Ciebie i dla całej Komisyi złożonej z kol. prof. Domańskiego, Ciechanowskiego i Kryńskiego za ten wielki trud, jakiegoście się podjęli na podstawie mandatu, przez Towarzystwo Wam udzielonego, dla dobra naszego piśmiennictwa lekarskiego polskiego. Dziś wręczyłeś nam dzieło, owoc długoletniej Waszej świadomej celu i umiejętnej pracy, za które Towarzystwo głęboką zachowa wdzięczność i tak ono, jak i ogół lekarzy polskich Waszymi pozostaną dłużnikami".

Następnie zwraca się przewodniczący do obecnych z następującą przemową:

„Dzień dzisiejszy jest z pewnością jednym z ważniejszych historyi naszego Towarzystwa, które ma za sobą już pewną tradycyę, bo data jego założenia przypada na rok 1866. Uważam to za pomyślny i dobrze rokujący zbieg okoliczności, iż pierwszy egzemplarz „Słownika lekarskiego" pojawia się oto w dniu otwarcia nowej własnej siedziby Towarzystwa, o której myślano dawno, ale którą na realne tory wprowadził swą energiczną inicyatywą Kolega nasz prof. Mars, tworząc w roku 1890 Komisyę i razem z kolegą Lustgartenem fundusz budowy „Domu". Przewodniczącymi Komisyi byli z kolei koledzy: prof. Jakubowski, prof. Mars i Dr. Bielański.

W przeciągu lat kilkunastu Komisya ta zebrała taki fundusz, że przy poparciu „Przeglądu Lekarskiego" mogliśmy pomyśleć o budowie własnego domu.

Przed dwoma laty wnieśliśmy do gminy miasta Krakowa prośbę o bezpłatne odstąpienie pod budowę gruntu, na którym dom nasz obecnie się wznosi. Dzięki bardzo przychylnemu przyjęciu i poparciu naszych usiłowań przez pana Prezydenta miasta, prof. Leo i ówczesnego wiceprezydenta dyrektora Staniszewskiego, jak również byłego Prezydenta Friedleina i dzięki życzliwości Świetnej Rady miasta Krakowa, której ofiarność na cele kulturne, mimo szczupłych środków, nie ma granic, otrzymaliśmy rzeczony grunt bezpłatnie i zaciągnąwszy na korzystnych warunkach w miejskiej Kasie Oszczędności pożyczkę, przystąpiliśmy do budowy domu, nad którą miała opiekę Komisya, złożona z kolegów Kwaśnickiego, Lustgartena, Bielańskiego, Gwiazdomorskiego i Łepkowskiego, oraz uproszonego z poza Towarzystwa Nadradcy Sarego, pod przewodnictwem prezesa Towarzystwa. Plan na budowę domu wykonał, oraz budowę przeprowadził, pan architekt Kaczmarski i sądzę, iż będzie to dla niego dostateczną satysfakcyą, gdy powiem, iż rozkład ubikacyi i ich wymiary zostały tak szczęśliwie dobrane, że ani przez chwilę nie pragnęliśmy i nie pragniemy żadnej zmiany.

Dom nasz mieści salę posiedzeń, bibliotekę Towarzystwa, czytelnię, Towarzystwo samopomocy lekarzy, oraz Izbę lekarską, do tego też jego celu zastosowano plany. Dziś dom skończony i jestem obecnie w tem miłem położeniu, że jako przewodniczący Komisyi budowy własnego domu mogę przybytek ten oddać Towarzystwu. Nie potrzebujemy zaś wstydzić się naszego dzieła. Dążyliśmy usilnie do tego, aby wnętrze domu, w którym częściej przebywać nam przyjdzie, wypadło jak najartystyczniej, albowiem my przyrodnicy mamy wrodzone pragnienie piękna. Nauka bowiem i sztuka z jednego płyną źródła i jak w prawdziwej sztuce nie da się nic wielkiego stworzyć bez ścisłych matematycznych obliczeń, tak znów każda głębsza, naukowa myśl w natchnieniu się rodzi. Przeprowadzenie naszych dążeń umożliwiła nam okoliczność, że wielki nasz artysta poświęcił nam swój niezwykły talent dekoracyjny i umożliwił, mimo szczupłych naszych środków, wzniesienie wnętrza, które między artystycznymi pomnikami Krakowa z pewnością niepoślednie zajmie miejsce.

Nie mogę pominąć milczeniem okoliczności, że wszystko wykonano na miejscu: instalacyę kaloryferów i wodociągów zakładał p. inżynier Żmigrodzki, roboty kominiarskie — p. Kozłowski, roboty stolarskie — pracownia p. Sydora, malowanie ścienne — pracownia p. Tucha, balustradę schodów — fabryka p. Góreckiego, wieszadła — p. Uznański, świeczniki — p. Górka, kilimki — p. Sikorska z Czernichowa, witraże wreszcie robi fabryka prof. Ekielskiego i Tucha. Mogę z uczuciem wielkiego zadowolenia powiedzieć, że wykonano wszystko bardzo dobrze według szczegółowych projektów p. Wyspiańskiego i na podstawie tego mam prawo twierdzić, że niema z pewnością rzeczy, artystycznie tak wysoko stojących, którychby u nas doskonale wykonać nie zdołano. W ten sposób otwarcie naszego domu potrąca o kwestyę, żywo u nas w ostatnich czasach dyskutowaną, kwestyę naszego własnego przemysłu.

Wdzięczni jesteśmy wszystkim tym, którzy dopomogli nam przy wzniesieniu tego przybytku i niech mi wolno będzie złożyć serdeczne dzięki Gminie miasta Krakowa za ofiarowany pod budowę domu grunt na ręce p. Prezydenta miasta. Dziękujemy p. Kaczmarskiemu i wszystkim przy budowie zajętym, oraz p. nadradcy Saremu za fachową opiekę nad budową. Specyalna zaś gorąca podzięka należy się od nas panu Wyspiańskiemu, który stworzył nam to wnętrze i włożył w nie część potężnego swojego ducha.

Ale będąc w nowym budynku, nie zapominajmy o starych naszych gospodarzach: wdzięczni jesteśmy naszej starej Jagiellońskiej szkole za gościnność, której naszemu Towarzystwu przez szereg lat użyczała i p. prof. Szajnosze, naszemu ostatniemu gospodarzowi.

Niech mi wolno będzie wreszcie zwrócić się z gorącą podzięką do naszych dostojnych gości, którzy przez swoje przybycie uświetnili nasz obchód i dodali mu uroczystości i powagi. Kolegom członkom

naszego Towarzystwa, którzy pracowali gorliwie około wzniesienia domu, będącego naszą wspólną własnością, jak wymienionym już prezesom Komisyi budowy domu i obecnym członkom Komisyi wykonawczej budowy domu, równie jak kolegom moim w Wydziale Towarzystwa: prof. Rosnerowi, Ciechanowskiemu, Rutkowskiemu, Borzęckiemu, Urbanikowi, Różeckiemu, Dobrowolskiemu, Raczyńskiemu, Pisarskiemu i innym nie dziękuję; pracowali oni bowiem nad rzeczą naszą wspólną, a przytem zanadto dobrze znam ich poczucie obowiązku i miłość dobra publicznego, abym nie wiedział, że praca ta była im miłą i że podzięka taka nie zrobiłaby im przyjemności.

Ja osobiście dumny jestem z tego, że stoję na czele Towarzystwa, które rozwój swój utwierdziło wzniesieniem tego oto gmachu ze współudziałem artysty tej miary, co Wyspiański, gdzie pod wspólnym dachem mieszczą się wszystkie tutejsze lekarskie instytucye. Dokonaliśmy zaś tego pod hasłem *„viribus unitis"*, jednocząc się w dążeniu do wspólnego celu.

My lekarze, wzięci, jako część naszego społeczeństwa, złożyliśmy tu dowód zdolności do wytrwałej organicznej pracy zbiorowej i do zestrzelenia sił ku jednemu celowi.

Wiadomo, że nie brak nam zapału i pięknych porywów i jak o nas powiedział poeta: „duch się w każdym poniewiera, że czasami dech zapiera", ale daleko nam trudniej indywidualności nasze wspólnej podporządkować myśli: dzisiejsza uroczystość świadczy, że i tego się uczymy i to z coraz lepszym skutkiem. Pełen zatem radości oddaję Towarzystwu dom ten, który oby przyniósł mu siłę i rozwój wszechstronny".

Z kolei zaprasza kol. przew. J. Magn. Rektora U. J. prof. N. Cybulskiego do wygłoszenia odczytu: „Materya promienista, jako środek leczniczy" (odczyt ten wyszedł w N. 11 „Przegl. lek."), wyrażając swoją radość, że w tym roku jeden z pośród nas lekarzy piastuje wysoką godność kierownika starej naszej *Almae matris*.

Odczyt ten poprzedziło następujące przemówienie Rektora:

„Zanim rozpocznę zapowiedziany na porządku dziennym wykład, pragnąłbym dać wyraz wrażeniom, których doznaję w tym nowym przybytku, mającym służyć dalszemu rozwojowi wiedzy lekarskiej w Polsce. Myśl powzięta przed laty stała się rzeczywistością; Towarzystwo posiada własny dom, w nim wszystko, czego dla celów Towarzystwa potrzeba: obszerną salę dla zebrań towarzyskich i naukowych, czytelnię, bibliotekę i szereg ubikacyi, które mogą być przeznaczone na cele z celami Towarzystwa wspólne, a wszystko to nietylko odpowiada swemu przeznaczeniu, nietylko czyni zadość wymaganiom hygieny, lecz sprawia także przyjemne wrażenie pod względem estetycznym i może zadowolnić nawet najbardziej wybredne wymagania pod względem piękna. Nikomu nie jest tajnem, że urzeczywistnienie tej dawnej myśli zawdzięczamy naszemu prezesowi prof. Julianowi Nowakowi, którego pracę i zabiegi z uznaniem podziwialiśmy; sądzę, że dam wyraz panującemu w dzisiejszem zebraniu uczuciu, jeżeli imieniem wszystkich lekarzy krakowskich wyrażę mu naszą najserdeczniejszą wdzięczność i uznanie".

Następnie zabiera głos doc. Bylicki ze Lwowa. Podnosi energiczną działalność całego szeregu prezesów od Radcy Dworu prof. Korczyńskiego do prof. Nowaka, w którymto okresie czasu dosięgło Towarzystwo punktu kulminacyjnego swojego rozwoju.

Na zakończenie odczytał sekretarz doroczny telegramy z życzeniami dla Towarzystwa od: Radcy Dworu prof. Henryka Jordana, prof. Wiczkowskiego, prof. Sieradzkiego, prof. Baranowskiego, Radcy Dworu prof. Rydygiera, Dr. Obtułowicza, Dr. Sikorskiego, Loewy'ego, Kapellnera i Lenartowicza, prof. Ziembickiego, Dr. Wł. Łukaszewicza, Dr. Janiszewskiego, Dr. Gustawa Zaremby, Dr. K. Rzętkowskiego, prof. Henryka Kadyia, prof. Hoyera, Dr. Heliodora Święcickiego, prof. Karola Kleckiego, Dr. Patkiewicza, Dr. Chłapowskiego, Dr. Walczyńskiego, posła Jana Rottera, starszego radcy Józefa Sarego, Dr. Jabłońskiego, Dr. Stangenhausa, Instytutu anatomii patologicznej we Lwowie, Dr. Kwiatkiewicza.

Pisarski, sekretarz doroczny.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 15 marca 1905 r.

Przewodniczy: kol. prof. Nowak.

Obecnych członków 90.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. przewodniczący wita obecnych na posiedzeniu kolegów z Warszawy Dr. Zawadzkiego i Dr. Pruszyńskiego.

III. Kol. przewodniczący wnosi sprawę zaciągnięcia w miejskiej Kasie Oszczędności pożyczki 2000 kor., z powodu jednak braku przepisanego kompletu, sprawy tej na tem posiedzeniu nie załatwiono.

IV. Kol. prym. Borzęcki przedstawia dwa przypadki: jeden dotyczy chorego z wrzodami miękkimi prącia i rzadkiem przeszczepieniem tejże sprawy na lewym policzku, drugi dotyczy 11-letniego chłopca, cierpiącego na *lichen ruber planus*, który zasługuje z tego względu na uwagę, że choroba ta w tym wieku należy do rzadkości.

V. Kol. prof. Reiss demonstruje chorego z *erythema exsudativum multiforme* i 5-letnią dziewczynkę z *folliculitis scrophulosorum*, która to zmiana nie jest wprawdzie gruźlicą skóry, lecz występuje u osobników, chorych na gruźlicę innych narządów. Demonstrowane dziecko posiada znamiona zołzów.

W dyskusyi zabierają głos koll. Rydel i Gertler.

VI. Kol. przewodniczący poddaje pod głosowanie nowych członków Towarzystwa: D-rów Cetnarowskiego, Mięsowicza, Owsińskiego, Wilczyńskiego, Riedmüllera, Blassberga, Supińskiego i Nitscha. Wszystkich wybrano jednogłośnie.

VII. Kol. przewodniczący dziękuje imieniem Tow. jednemu z kolegów za hojny dar 100 koron na fundusz żelazny „Domu", stosując się jednak do życzenia owego kolegi, nie wymienia jego nazwiska.

VIII. Kol. Eisenberg, upoważniony do tego przez pewne grono kolegów, interpeluje prezydyum w sprawie Komisyi referatowej, zawiązanej przy Redakcyi „Przeglądu lekarskiego." Na interpelacyę tę kol. przewodniczący daje wyjaśnienia.

Kol. prym. Borzęcki stawia wniosek, ażeby sprawę tę przekazać do załatwienia Komitetowi, na co przewodniczący się zgadza.

IX. Rektor Browicz wygłasza zapowiedziany odczyt: „O funkcyi wydzielniczej jądra komórki wątrobnej." (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos koll.: docent Bochenek i prof. Rosner. *Dr. Pisarski*, sekretarz doroczny.

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyj.

Sekcya jarosławska odbyła w szpitalu powszechnym d. 12 października 1904 r. posiedzenie naukowe. Przewodniczący Dr. Władysław Czyżewicz. Obecnych członków 22; 8 usprawiedliwiło nieobecność. Jako goście c. i k. lekarze pułkowi: Dr. Kulbe, Dr. Geisler, Dr. Eisenschimmel, Dr. Czechowicz.

Porządek dzienny:

1) Kol. Lewicki: a) O krwotokach macicznych w porodzie, podając sposób ręcznego tamowania krwotoku od pochwy i przez powłoki brzuszne równocześnie. b) Czy lekarz miejski może być radnym?

2) Kol. Fechter: „O zapaleniu wyrostka robaczkowego" na podstawie nowoczesnych zapatrywań.

3) Kol. Fechter przedstawia preparaty anatomiczno-patologiczne: a) 4 wyrostki robaczkowe; b) 2 torbiele jajnikowe; c) preparat kości goleniowej i skokowej, wydobytych u 5-letniego dziecka, jako odsłój wskutek ostrego zakaźnego zapalenia szpiku; d) preparat kości strzałkowej, wydobytej u dziecka 4-letniego, jako odsłój z powodu *caries tbc. sbq. fractura pathologica;* e) preparat główki kości udowej po resekcyi stawu biodrowego sposobem Rydygiera z powodu *caries tbc sicca;* f) preparat *osteosarcoma femoris sbq. fractura pathologica* po wyłuszczeniu kończyny dolnej w stawie biodrowym sposobem Rosego; g) preparat jelita cienkiego, resekowanego z powodu zgorzeli przy *obturatio interna* z powodu *torsio mesenterii et strangulatio*. W dyskusyi zabierali głos prawie wszyscy obecni.

D. 24 listopada 1904 r. odbyli członkowie sekcyi w liczbie 14 wycieczkę do Przeworska. Jako goście: lekarz pułkowy Dr. Geisler, lekarze powiatowi Dr. Kramarzyński i Udziela z Przemyśla. Odbyło się zwiedzenie cukrowni w pełnym ruchu i urządzeń hygienicznych, mleczarni i serowni.

D. 3 lutego 1905 r. odbyła sekcya posiedzenie administracyjne w szpitalu powszechnym. Przewodniczył Dr. Czyżewicz. Obecnych członków 18. Porządek dzienny:

1) Sekretarz zdał sprawozdanie za rok 1904. Sekcya liczy obecnie 30 członków.

2) Wybór zarządu: wybrano ponownie przez aklamacyę członków zeszłorocznych.

3) Kol. Sawicki mówił »O ranach na głowie w praktyce sądowo-lekarskiej«.

4) Kol. Fechter przedstawił chorych operowanych w szpitalu: 1) chorą z *peritonitis tbc serosa plastica, laparotomia*: wycięcie gruźliczo zmienionych trąbek. 2) Chorą z torbielem jajnika (15 klgrm. wagi). 3) Dziecko, u którego wyjęto jako odsłoje kości goleniową i skokową; wygojenie ze skróceniem 3 ctm. 4) 3 chorych z nabłoniakiem wargi dolnej, operowanych według Königa i Hermana. 5) Dziecko z plastyką ubytku wskutek raka wodnego. 6) Dziecko z obustronnym rozszczepem wargi górnej, przyczem część środkowa szczęki przerosła w postaci ryjka. 7) Kość, wydobytą z krtani u 8-miesięcznego dziecka kleńią krtaniową, zmodyfikowaną przez Rydygiera; następowa intubacya. Wyleczenie. 8) Kość, wyjętą z przełyku na wysokości *aditus ad laryngem*. 9) Wyrostek robaczkowy 12 ctm. długi; na obwodzie przedziurawienie. Chory był przed 2 laty operowany z powodu ropnia okołokątniczego. Po roku typowy napad kolki wyrostka;—atak przeszedł. Przed dwoma miesiącami atak z ropniem w tem samem miejscu ze zgorzelą blizny; przecięcie ropni obok i z tyłu za jelitem biodrowem; 4 tygodnie po 1 zabiegu zabieg doszczętny cięciem na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego. Po otwarciu jamy brzusznej wyrostek robaczkowy zmieniony, umiejscowiony z tyłu jelita i przyczepiony zrostami do otrzewnej ściennej tuż na zewnątrz od guza kości łonowej po stronie prawej, komunikujący otworem perforacyjnym z dolnym kątem rany po ropniu. Wyleczenie. 10) Chorego, u którego z powodu mięsaka wyjęto migdałek z otoczeniem, po poprzedniem prowizorycznem podwiązaniu tętnicy dogłowowej zewnętrznej.

Tadeusz Fechter, sekretarz sekcyi.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Dnia 25 marca 1905 r. odbył się w Wiedniu w Tow. lekarzy 15-ty zjazd austryackich stowarzyszeń lekarskich, w którym wzięło udział 60 delegatów z całej Austryi. Ministeryum spraw wewn. reprezentował radca dworu Dr. Deimer. Zgromadzonych powitał prezes Tow. lek. wied. radca dworu prof. Chrobak. W mowie swojej wskazał na niekorzystne stosunki społeczne i materyalne lekarzy austr. i wyraził nadzieję, że uda się organizacyom lekarskim znaleźć środki dla złagodzenia nędzy wśród lekarzy i dla zaopatrzenia wdów i sierót. Dr. Svetlin podziękował rządowi za wsparcie funduszu wdów i sierót kwotą 50.000 koron. Sprawę zmiany ubezpieczenia chorych, przedłożoną w znanym projekcie rządowym, omawiali Dr. Gross i Klein.

Dr. Gross uzasadniał szczegółowo żądania lekarzy i polecił następującą rezolucyę do przyjęcia:

Lekarze Austryi domagają się, aby ich oficyalne reprezentacye uwzględniano w należyty sposób przy wszystkich społeczno-politycznych przedsięwzięciach, dotyczących interesów lekarzy; praktyczni lekarze widzą kwestyę bytu swego w sprawie zaprowadzenia granicy dochodu rocznego 2400 koron, a miesięcznego 200 koron dla członków przyszłych Kas chorych, poza którą to granicą ustaje obowiązek należenia do Kas chorych; system wolnego wyboru lekarzy w Kasach leży zarówno w interesie członków Kas, jak i lekarzy. Dlatego lekarze Austryi domagają się, aby system wolnego wyboru lekarzy powoli do nowo powstających Kas wprowadzano, żeby pod tym względem nie liczono się tylko z zarządami Kas, ale także i z Izbami lekar.; lekarze Austryi wreszcie witają jako instytucyę dobra publicznego, zakładanie stowarzyszeń i Kas zapomogowych, dla ludzi, nieobowiązanych do ubezpieczenia, o ile te Kasy będą w chorobie dawały członkom zasiłki pieniężne, a leczenie zostawią prywatnej praktyce lekarskiej. Wnioski te przyjęto jednogłośnie.

E. S.

Memorandum Związku stowarzyszeń lek. austryackich w sprawie reformy ubezpieczenia robotników.

Z wiosną minionego roku przedłożył rząd interesowanym kołom program reformy ubezpieczenia robotników, który obok reformy ubezpieczenia w chorobie obejmuje także reformę ubezpieczenia od wypadku i zamierza utworzyć ubezpieczenie robotnika w razie stałej niezdolności do pracy i na starość. Sprawa ta dotyka blizko lekarzy, bo fundamentem, na którym zamierza się oprzeć cały ten pomysł, mają być powiatowe Kasy chorych.

Program rządowy uwzględnia w dość dalekiej mierze życzenia lekarzy, kilkakrotnie przedkładane rządowi. I tak członkiem przyszłej Kasy może być tylko robotnik, którego dochód roczny nie przekracza 2400 koron; dalej program zezwala na wolny wybór lekarzy, a ponadto może ministeryum spraw wewnętrznych dla pewnego działu ubezpieczenia ustanowić taryfę lekarską minimalną i maksymalną po wysłuchaniu interesowanych Kas i Izb lekarskich. Nie uwzględnia jednak program rządowy całego szeregu żądań lekarskich, jak ustanowienie sądu polubownego dla spraw między Kasami, a lekarzami kasowymi, potrzeby przyzwolenia Izb lekarskich na prawomocne układy między lekarzami, a Kasami, nie godzi się również na to, żeby Kasa mogła lekarza oddalić tylko po zasięgnięciu opinii Izby lekarskiej.

Moralną podporą, na której wedle rządowego programu ma się wspierać cała reforma, będzie jedynie i wyłącznie lekarz. Ponieważ ubezpieczenie ma w przyszłości obejmować nietylko chorobę, ale i wypadki, równie jak stałą niezdolność do pracy, będzie zadaniem przyszłego lekarza kasowego nietylko leczyć, ale chronić i zapobiegać, a zadaniem przyszłej Kasy nietylko wypłacać zasiłki choremu, a inwalidzie rentę, ale zajmować się higieną robotników w całem tego słowa znaczeniu. Dlatego przyszły lekarz kasowy będzie musiał się zapoznać z techniką pracy swoich członków i z niebezpieczeństwami, na które członka Kasy naraża jego zajęcie, będzie więc musiał odwiedzać warsztaty i fabryki. Dokładna znajomość techniki i wogóle stosunków przemysłowych będzie lekarzowi bezwzględnie potrzebną, skoro ma oceniać, czy i w jakim stopniu zaszły wypadek spowodował niezdolność do pracy zawodowej z powodu utraty, czy okaleczenia jakiejś części ciała.

Memorandum zwraca uwagę na dwa państwa europejskie, które w kwestyi ubezpieczenia robotników przodują, jako na wzory godne naśladowania, a temi są Niemcy i Anglia. Od Niemiec, które stworzyły wspaniałą instytucyę ubezpieczenia na stałą niezdolność do pracy, powinniśmy się nauczyć, że tylko wielkie Kasy są zdolne do wielkich świadczeń. Co zaś lekarze mogą zrobić dla podniesienia zdrowotności robotników, pokazuje Anglia. Ale też w Anglii od czasu wprowadzenia nowej ustawy fabrycznej z roku 1901 ustanowiono 2000 lekarzy przemysłowych (*certyfying surgeons*), a zajęcie ich stanowi głównie wydawanie świadectw młodocianym robotnikom, czy się nadają do obranego zawodu, dochodzenia przyczyn wypadków i zawodowych zatruć w fabrykach, peryodyczne kontrolowanie gałęzi przemysłu, dla zdrowia szkodliwego. A ponadto wszyscy lekarze praktykujący są obowiązani za odpowiedniem wynagrodzeniem donosić inspekcyi przemysłowo-sanitarnej o każdym przypadku zawodowego zatrucia.

Dlatego memorandum wita jako szczęśliwą myśl oparcie ubezpieczenia na wielkiej jednostce, jaką jest powiatowa Kasa chorych, upatruje w projekcie rękojmię, że państwo starać się będzie o sanacyę niebezpiecznych dla zdrowia zawodów tem bardziej, że wprowadza jako zupełnie słuszną zasadę, iż członkowie będą płacić wkładki, których wysokość ma zależeć od niebezpieczeństwa, na jakie naraża ich rodzaj zajęcia[1]).

W końcu zwraca się Związek do Ministerstwa z prośbą o urządzenie w tej sprawie ankiety, złożonej z zastępców Izb lek., Związku Stow. lek., dalej przedstawicieli Kas, członków najwyższej Rady zdrowia, lekarzy powiatowych i higienistów zawodowych.

E. S.

W sprawie praktyki ubezpieczeń.

Praktyka ubezpieczeń stanowi dziś już ważną część czynności prawie każdego lekarza. Odnosi się ona po części do ubezpieczeń od wypadków, a w głównej mierze do ubezpieczeń na życie. Jeśli lekarze w nowszych czasach tak słusznie narzekają na wykorzystywanie ich ze strony Kas chorych, w których ordynacya odbywa się za bezwstydnie niską cenę, to znowu Towarzystwa ubezpieczeń sowicie wynagradzają badania lekarskie. Niestety wielu lekarzy nie ceni tego należycie i bardzo źle się odwdzięcza towarzystwom ubezpieczeń, wyrządzając im często znaczne szkody. Ileż to razy napotyka się na opór i różne uwagi ze strony agentów ubezpieczeniowych, oraz chcących się ubezpieczyć, skorą widzą, że lekarz bada ich ściśle i sumiennie. Już kilkakrotnie się ubezpieczali, powiadają,

[1]) Memorandum to wniesiono jako petycyę do Ministerstwa spraw wewnętrznych z początkiem marca 1905 r.

badali ich głośni lekarze, a nigdy nie żądano od nich, by się mieli rozbierać, lub mocz oddawać. Są lekarze, którzy dla celów ubezpieczeń badają przez ubranie serce, płuca, i biorą wymiary klatki piersiowej i brzucha, albo wystarcza im do ubezpieczenia popatrzeć się na osobnika, choćby w poczekalni kolejowej. Znam także przypadki i takich lekarzy, którzy w ten sposób badają. Spotkałem się też nieraz z dziwnem zapytaniem ze strony kolegów, czy nie polecam do przyjęcia takich osób, u których stwierdziłem stan chorobowy? W większych miastach mogą Towarzystwa ubezpieczeń wybierać między lekarzami i poruczać badanie tym, do których nabrały zaufania; natomiast w małych miasteczkach są one wprost wydane na łaskę i niełaskę lekarzy. Zapewne, akwizytorzy żądają prawie zawsze, by chcących się ubezpieczyć niedługo męczyć, gdyż polecony przez nich osobnik jest zdrowy i niema czasu poddać się długiemu badaniu. Sprzyjają oni naturalnie takim lekarzom, którzy jak najmniej badają i najwięcej kandydatów przyjmują. Lecz czy zgadza się z powagą stanu lekarskiego postępowanie takiego lekarza, który nie zbadawszy nawet osobnika, daje podpis i ręczy czcią i sumieniem, że zbadał kandydata do ubezpieczeń najstaranniej i dokładnie i że wszystkie odpowiedzi zgodzą się z prawdą. Jednakże dość często się zdarza, że Towarzystwa ubezpieczeń dowiadują się o takich lekarzach, którzy, by zagarnąć dla siebie wszystkich agentów przez powierzchowne badanie, wyrządzają im szkody, i takiemu lekarzowi żadne Towarzystwo nie porucza więcej badania lekarskiego, gdyż pod tym względem wspierają się one wzajemnie. A trzeba wiedzieć, że istnieje też kartel między Towarzystwami ubezpieczeń i że wzajemnie one sobie donoszą, kto i z jakiego powodu kiedykolwiek został, i w jakiem Towarzystwie odrzucony. Pojmuję też, że w ostatnich czasach Towarzystwa ubezpieczeń pracują nad różnemi taryfami tak zwanego ubezpieczenia ludowego, dozwalającemi ubezpieczyć każdego bez poprzedniego badania lekarskiego, które niestety z powyższych powodów często zawodzi.

Czynność lekarza, cieszącego się zaufaniem, nie przedstawia żadnych nadzwyczajnych trudności; ma on tylko dokładnie zbadać chcących się ubezpieczyć i odpowiedzieć na pytania drukowanego formularza, a lekarz naczelny z przedmiotowego tego opisu otrzymuje obraz zdrowia danego osobnika i rozstrzyga o przyjęciu lub nieprzyjęciu go do Towarzystwa ubezpieczeń. Jednak w nowszych czasach, gdy sprawa ubezpieczeń tak się rozwinęła i istnieje tak znaczna liczba Towarzystw ubezpieczeń swojskich i obcych, współubiegających się taniością taryfy w osiągnięciu jak największej liczby ubezpieczonych, nietylko wzorowe i najlepsze „ryzyka“ są przyjmowane, lecz lekarz musi także wybierać między tymi, którzy będąc obarczeni jakąś wadą, mimoto mogą być ubezpieczeni. To też istnieje już zasobna literatura, poucząjąca poniekąd lekarzy o sprawach ubezpieczeniowych [1]). Doskonałe dzieła Buchheima i innych są już wyczerpane i niełatwo przystępne; dlatego z zadowoleniem należy powitać książeczkę Feilchenfelda: „Leitfaden der ärztlichen Versicherungspraxis“ [2]), która na 131 stronicach dość dokładnie poucza lekarza o postępowaniu przy ubezpieczeniach na życie i od wypadków. Część, poświęcona ubezpieczeniu na życie, informuje o ubezpieczających się i traktuje o chorobach, wykluczających ubezpieczenie, lub nie wykluczających. Nieraz autor postępuje z względnością, radząc n. p. przyjmować tych, którzy, przebywszy kiłę i kilka kuracyi, są wolni przez trzy lata od wszelkich objawów. Jeśli w ten sposób postąpimy, nie zmniejszą się straty, jakich doznają ciągle Towarzystwa ubezpieczeń z powodu bezwiadu postępującego [3]). Znacznie ostrożniej postępuje wobec kiły Salomonsen (Kopenhaga) przy ubezpieczeniach na życie. Nie przyjmuje on żadnego kandydata, u którego nie minęło przynajmniej 4—5 lat bez żadnych objawów kiły. Po upływie tego czasu żąda on zawsze jeszcze w pierwszych 4—5 latach podwyższenia premii. Lecz jeśli n. p. minęło już lat 10 lub więcej bez wystąpienia nawrotów, jeśli kandydat poddawał się dłuższemu leczeniu z przerwami według Fourniera, jeśli jego stanowisko społeczne i sposób życia są pomyślne, jeśli jest żonatym, a żona jego jest zdrową, nie roniła częściej i ma on zdrowe dzieci, wtedy przyjmuje go Salomonsen bez wahania według premii taryfowej.... Po gruźlicy za najczęstszą przyczynę śmierci u ubezpieczonych uważa Feilchenfeld schorzenie rakowate; dlatego nie radzi on przyjmować osobnika z obciążeniem rakowatem, jeśli przekroczył już 45 rok życia. Ponieważ w ostatnim czasie z naciskiem podnoszono zaraźliwość raka, nie powinno się przyjmować osób, w których najbliższem otoczeniu zdarzyły się w ostatnim czasie przypadki tego nowotworu, n. p. jeśli jedno z małżeństwa uległo tej chorobie. Warto jednak zaznaczyć, że na ostatnim Kongresie medycyny wewnętrznej w kwietniu 1904 w Lipsku podniósł Bahrdt, że u ubezpieczonych w lipskiej asekuracyi śmiertelność z powodu miażdżycy i jej następstw (udar sercowy i mózgowy, rozmiękczenie mózgu, niektóre przewlekłe choroby sercowe i zgorzel starcza) w ostatnich 11 latach wynosiła 22% wszystkich wypadków śmierci, wobec 7% śmiertelności z powodu gruźlicy. Jeden przypadek choroby umysłowej, zdarzającej się w rodzinie, nie powinien być przyczyną odmówienia policy. Kandydatów bardzo szczupłych nie należy przyjmować, z wyjątkiem jeśli wychudnienie jest objawem dziedzicznym u osobników zresztą zdrowych i w wieku już nieco podeszłym. Przy otyłości wiek odgrywa ważną rolę, a otyłość w młodocianym wieku jest poważniejszą, niż u osób starszych. Norton [4]) na międzynarodowym Kongresie lekarzy ubezpieczeń w Paryżu (maj, 1903) oznaczył ubezpieczenie każdego otyłego za niebezpieczne ryzyko. Lekkie miękkie obrzęki gruczołów pachwinowych u zresztą zdrowego człowieka są bez znaczenia: mogą one pochodzić z natężenia przy chodzeniu, bieganiu, gimnastykowaniu, jeździe konnej i t. p. Często też mogą być pozostałością po kilkakrotnie przebytej rzeżączce. Następstwa porażenia dziecięcego są bez znaczenia dla ubezpieczenia: również łuszczyca jamy ustnej nie stanowi przeszkody w przyjęciu; nawykowe zwichnięcie stawu barkowego wymaga podwyższenia premii (*Prämienzuschlag*). Ubezpieczenie na życie kobiety ciężarnej należy odłożyć do odbytego połogu, gdyż ciąża i poród bezwątpienia mają w sobie pewne ryzyko. Na żaden sposób jednak nie powinien lekarz polecić do ubezpieczenia na życie [5]) pierworódki. Osoby z białkomoczem fizyologicznym i okresowym lub przepuszczającym również mogą być przyjęte, jednak według taryfy podwyższonej. Muszę jednak zaznaczyć, że Senator [6]) uważa białkomocz okresowy (lepiej *albuminuria orthostatica seu orthotica*), powstający przy staniu i chodzeniu, już za objaw chorobowy, gdyż często jest on pozostałością po przebytem zapaleniu nerek, albo przechodzi powoli w przewlekłe ich zapalenie. Tu należy również zaliczyć białkomocz młodzieńców (*albuminuria adolescentium*). Wogóle aż do czasu dokładniejszego jeszcze wyświetlenia białkomoczu fizyologicznego lekarze ubezpieczeń uczynią najlepiej, jeśli nie będą przyjmować ludzi z białkomoczem, i tak samo by się zachował wobec cukromoczu. Sérédey wprawdzie na Kongresie Towarzystw ubezpieczeń w Amsterdamie 1901 r. radził wszystkim chorym, cierpiącym na cukrzycę odmówić ubezpieczenia, tłustym zaś tylko w 35 roku życia. Autor daje pogląd na postępowanie w ocenie orzeczeń lekarza, będącego mężem zaufania przez lekarza naczelnego Towarzystwa ubezpieczeń (*Revisionsarzt*). Wreszcie proponuje Feilchenfeld dla przypadków wątpliwych urządzić stacyę obserwacyjną przy klinikach lub domu zdrowia, gdzie chcący się ubezpieczyć musiałby na własne koszta przebywać kilka dni dla dokładnego zbadania i stwierdzenia jego stanu zdrowia. Lecz to nie prowadziłoby do celu, gdyż większa część ludzi dopiero wtedy jest skłonną do ubezpieczenia, gdy czuje, że ich zdrowie jest już nieco nadwątlone. Nie czują oni wtedy potrzeby dokładnego stwierdzenia stanu ich zdrowia, lecz przeciwnie, pragnęliby ukryć przed lekarzem badającym braki swego zdrowia. A jeśli im się to w jednym Towarzystwie ubezpieczeń nie udaje, to próbują w drugiem, trzeciem lub czwartem i niestety zbyt często osiągają swój cel. A któżby zresztą się zgodził na to, by na kilka dni porzucić zajęcie i na własne koszta przebywać na stacyi obserwacyjnej, by w dodatku może jeszcze nie być przyjętym?

[1]) Buchheim: „Practischer Leitfaden für Versicherungsärzte“, Wiedeń 1875. — Tenże: „Handbuch für Versicherungsärzte“. Lipsk 1878. „Aerztliche Versicherungsdiagnostik“, Wiedeń 1887. „Aerztliche Versicherungsdiagnostik der vollwerthigen und der minderwerthigen Leben“, Wiedeń 1897. — Florschütz, artykuł „Versicherungswesen“ w Eulenburga Realencyclopädie der gesammten Heilkunde. III Aufl. 1900. — Dippe: „Der Versicherungsarzt der Versicherungsgesellschaften“, Anhang zu Thiersch „Der Kassenarzt“. Lipsk 1895. — Elsner: „Der Gesellschaftsarzt“, Handbuch für Lebensversicherer. Berlin 1874. Oldendorf: „Über die ärztlichen Atteste“, Lipsk 1877. Tenże: „Grundzüge der ärztlichen Versicherungspraxis“, Urban i Schwarzenberg, 3 kor. 60 hal. — Sieveking: „The medical adviser in life assurance“, tłómaczenie niemieckie przez Pearsona, Lipsk 1875. — Mahillon: „Considérations pratiques sur l'examen médical“. Bruxelles 1894.

[2]) Urban i Schwarzenberg. Berlin i Wiedeń 1903, cena opraw. 5 kor. 60 hal.

[3]) Florschütz w Eulenburga encyklopedyi, III wydanie.

[4]) „Deutsche med. Wochenschrift“ 1903, Vereinsbeilage str. 208.

[5]) Dlaczego Towarzystwo ubezpieczeń krakowskie nie przyjmuje ludzi z przepukliną wolną i dającą się dobrze utrzymać, nie wiem. Czynią to wszelkie inne Towarzystwa, skoro tylko chcący się ubezpieczyć zobowiązuje się do ciągłego noszenia odpowiedniego paska. Prof. Florschütz wykazał, że z osób przyjętych do ubezpieczenia mimo przepukliny żadna nie umiera z powodu następstw tej ułomności.

[6]) „Deutsche med. Wochenschrift“ 1904. Nr. 50.

W drugiej części książeczki zajmuje się autor ubezpieczeniem od wypadków; tu właśnie należy cenić Feilchenfelda jako doświadczonego praktyka, który na podstawie własnego doświadczenia i zasobnej już pod tym względem literatury daje krótki, lecz jasny przegląd wiadomości, potrzebnych dla lekarza Towarzystw ubezpieczeń od wypadków. F. określa zakres i pojęcie wypadku: u lekarzy n. p. zastrzał palców i czyraki na rękach należy zawsze uważać za wypadek, gdyż od ranek i rozpadlin lekarzom niepodobna się ustrzedz i powstają one często bez ich wiedzy. Dlatego u lekarzy należy zawsze z góry uznawać wypadek za przyczynę zakażenia, jeśli nie są inne widoczne przyczyny. W miarę potrzeby daje też autor wskazówki dla leczenia lub usunięcia następstw po niektórych wypadkach, mówi o udawaniu i przesadzaniu (*aggravatio*) i tworzy pojęcie dysymulacyi i podstawiania (*substitutio*) w wypadkach. Pod dysymulacyą w wypadkach rozumie Feilchenfeld takie przypadki, w których wprawdzie objawy i stan chorobowy istnieją, lecz podsuwa się fałszywą przyczynę za wypadek. Albo też osobnik uległ wypadkowi, którego jednak Towarzystwo ubezpieczeń według swoich norm nie uznaje za taki, a ubezpieczony udaje, że dolegliwości i zaburzenia, powstałe z powodu tego wypadku, pochodzą z innego, zupełnie lekkiego obrażenia. A więc dysymuluje się cięższy wypadek, nie uprawniający do odszkodowania, a podaje się niewinne lekkie uszkodzenie, jako rzekomą przyczynę dla istniejących zaburzeń. W takich przypadkach Towarzystwo lub odpowiednia Kasa musi zasięgnąć dokładnych wywiadów o sposobie życia i o przejściach w życiu podejrzanego o dysymulacyę osobnika i czy nie doznał on przedtem jakiegoś cięższego wypadku. Z podstawieniem (*substitutio*) mamy wtedy do czynienia, jeśli się podaje wypadek lekki za przyczynę objawów, mogących pochodzić z istniejącej już przedtem choroby. Autor przytacza też z własnego doświadczenia przypadki dysymulacyi i podstawiania w wypadkach. Pewnem jest, że Towarzystwa przez czyste i mieszane postacie dysymulacyi i podstawiania o wiele więcej tracą, niż przez właściwe udawanie.

Dr. Fels.

Miejska Kasa dla chorych w Krakowie przedkłada obecnie drukowane sprawozdanie za rok 1904. Następujące liczby, jako blizko obchodzące lekarzy, wyciągamy ze sprawozdania. Płace lekarzy i dyety wyniosły w roku sprawozdawczym 15.845 K. 81 h. Zwrot za pomoc doraźną wynosił 690 K. 04 h., — kwoty tej nie pobrali w całości stali lekarze kasowi, lecz przeważnie lekarze nie należący do Kasy, używani w nagłych przypadkach przez chorych kasowych. Możemy śmiało powiedzieć, że ze sumy tej najwyżej połowa wpłynęła do kieszeni lekarzy, stale pracujących w Kasie, a więc około 350 K. Razem więc wzięli lekarze **16.195 K. 81 h.**

Za to wykonali następującą pracę: Zachorowań zgłoszono 17,197; z tych odesłano do szpitala na leczenie 729. W ambulatoryach Kasy leczono 16.468 przypadków. Porad lekarskich udzielono wogóle, a więc w Kasie i poza Kasą **44.605.** Jeśli kwotę 16.195 K. 81 h. podzielimy przez 44.605, otrzymamy liczbę, wskazującą, ile wynosi przeciętne honoraryum lekarza kasowego za jedną wizytę, bez względu na to, czy to była wizyta w Kasie, czy poza Kasą w domu chorego, oraz bez względu na to, czy rzecz była drobna, czy też wymagała jakiego zabiegu. Liczbą tą jest kwota 36 halerzy, czyli 18 centów.

E. S.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 6 kwietnia.

* Na wczorajszem posiedzeniu Towarz. lekar. krakowskiego wybrani zostali na członków honorowych zasłużeni koledzy: prof. Tad. Browicz i prof. Jul. Nowak. Po załatwieniu spraw administracyjnych odbyła się zapowiedziana demonstracya kol. prof. Rosnera i wykład kol. doc. Majewskiego.

* Kancelarya Akademii Umiejętności przysyła nam następujące ogłoszenie:

„Nasz udział w pracach przyrodniczych całego świata. Dnia 20 marca odbyło się doroczne posiedzenie administracyjne Komisyi bibliograficznej Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności. Komisya ta zbiera ze wszystkich czasopism tytuły prac, tłómaczy je na francuskie i z odpowiedniemi cytatami przesyła międzynarodowej Komisyi katalogowej, mającej siedlisko w Londynie, która z współudziałem w kosztach państw lub Akademii europejskich, ogłasza je corocznie. Nasza Akademia uzyskała prawo opracowywania wszystkich prac, wychodzących po polsku bez względu pod jakim wychodzą zaborem. Ze sprawozdania międzynarodowej Komisyi (z 24 maja 24 maja 1904) okazało się, że z 29 państw, względnie instytucyi mających brać udział w jej pracach, było czynnych 25 biur regionalnych. Komisya rozpoczęła prace w r. 1901, a nasza Akademia już w tym samym roku 22 lipca wysłała pierwszy zapas kartek z tytułami (Austrya dopiero 10 lipca 1903). — Co do ilości kartek (tytułów prac) na czele stoją Niemcy (147,000 kartek), potem Francya (47,000), Wielka Brytania (43,000); Rosya ma pokaźną liczbę 21,000, Włochy 13,000, Holandya 6,700, Austrya 6,400, po której idzie zaraz Polska z 3,492 kartkami, zajmuje zarazem dziewiąte na świecie miejsce. Wobec trudnych warunków, w jakich się znajdujemy, jest to zapewne bardzo zaszczytny wynik. Przewodniczącym tej Komisyi, która obecnie została rozszerzona i będzie się zajmować historyą nauk matematyczno-przyrodniczych, był prof. W. Natanson, jej sekretarzem p. T. Estreicher, którzy też zostali ponownie na rok następny wybrani“.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jag. otrzymał Maurycy Spatz.

* Posada lekarza pomocniczego w zakopiańskiem Sanatoryum „Bratnia Pomoc“ nie jest jeszcze obsadzoną. Zgłaszać się należy do kierownika Zakładu, Dr. Zychonia w Zakopanem.

* We Lwowie zaszedł wypadek śmierci ponoś wskutek zatrucia zęba przez technika dentystycznego. Nieszczęśliwe to zdarzenie jest silnym argumentem dla lekarzy, a poważną przestrogą dla władzy, która zamierza dozwolić tym technikom wykonywania pewnych zabiegów chirurgicznych, do czego do tej pory nie mieli upoważnienia.

* Dr. Leopold Glaser z Tarnowa obchodził w tych dniach 50-letnią rocznicę otrzymania dyplomu doktora medycyny. Delegacya lekarzy tarnowskich, z Dr. Dzikowskim na czele, złożyła jubilatowi życzenia i wręczyła mu pierścień, zakupiony przez grono lekarzy i aptekarzy tarnowskich.

* Dr. Wł. Tatarczuch, kierownik polikliniki lwowskiej, otrzymał krzyż Franciszka Józefa.

* „Neue Freie Presse“ w Nr. z 2 kwietnia dono i z upoważnienia poselstwa rosyjskiego, że wobec toczącej się wojny na dalekim Wschodzie, a z drugiej strony ze względu na możebność rozszerzenia się cholery po obszarach państwa, brak lekarzy, dziś już dający się uczuć, mógłby się stać wprost groźnym, gdyby z nastaniem lata epidemia cholery rozpoczęła bardziej grasować. Wobec tego prawie przymusowego położenia rząd rosyjski postanowił upoważnić lekarzy zagranicznych do praktyki w granicach państwa, z warunkiem jednak przedstawienia głównemu zarządowi sanitarnemu dyplomu lekarskiego i dowodu dwuletniej służby w jakimkolwiek zakładzie leczniczym. Ziemstwa mogą przyjąć lekarza z dyplomem zagranicznym tylko po porozumieniu się z głównym zarządem sanitarnym.

* Flaszki z moczem, wysyłane dla analizy pocztą, często się tłuką i zanieczyszczają inne posyłki. To dało powód ministerstwom handlu i spraw wewnętrznych do wydania rozporządzenia zarządowi poczt, ażeby wymagał flaszek mocnych, szczelnie zamkniętych, owiniętych w słomę i zapakowanych do twardych pudełek. Posyłki z moczem mają być odtąd deklarowane.

* W Wiedniu, w nakładzie Höldera, będzie wychodzić w zeszytach „Encyklopedya praktycznej medycyny“. Na czele wydawnictwa stoją Schnirer (Wiedeń) i Vierordt (Tybinga) ze spółudziałem zawodowych współpracowników.

* Między 13 a 19 marca doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy: w mieście Krakowie 1 przypadek, w 4 gminach powiatu dąbrowskiego i w 1 gminie powiatu tarnowskiego. W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach: brzeżańskim, buczackim (po 1 gm.), cieszanowskim (2 gm.), czortkowskim (1 gm.), dolinianskim, drohobyckim (po 2 gm.), gródeckim, husiatyńskim, jaworowskim (po 1 gm.), kamioneckim, kołomyjskim (po 2 gm.), lwowskim (1 gm.), nadwórniańskim (3 gm.), niskim, rawskim (po 1 gm.), stryjskim, tarnopolskim (po 2 gm.), tłumackim i zborowskim (po 1 gm.). W m. Lwowie 1 przypadek.

Mianowania i odznaczenia. Tytuł profesorski otrzymali docenci: Magnus-Levy (medycyna wewnętrzna) i Stöckel (położnictwo i ginekologia); w Berlinie; doc. Dietrich (anatomia patologiczna) w Tybindze. Dr. van Calcao mian. profesorem bakteryologii w Leydzie. Profesorowie nadzwyczajni: Nieznamow (okulistyka) i Kuzniecow (chirurgia) mianowani prof. zwyczajnymi w Warszawie.

Bibliografia

— *Gazeta lekarska* Nr. 11. Rabek: Dwa przypadki tężca przyrannego, leczone surowicą. Bornstein: Z kazuistyki neurologicznej (c. d.). Majewski: Badania nad zakażeniem ustroju gołębia przecinkowcem Miecznikow-Gamaleïa (dok.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 2—3. Puławski: Przyczynek do leczenia płonicy surowicą swoistą z pracowni prof. Bujwida. Fidler: O typhusdiagnosticum Fickera. Żenczykowski: Sześć przypadków włośnicy (dok.). Brudziński: Słów kilka o postępach szpitalnictwa dziecięcego.

— *Głos lekarzy* Nr. 7 zawiera: Z stosunków towarzyskich lekarzy. — Towarzystwo higieniczne we Lwowie. — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych (c. d.). — O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi (c. d.). — W sprawie lekarzy okręgowych. — Ustawy i rozporządzenia sanitarne. — Pokrzywdzenie lekarza skarbowego. — Pokłosie z prasy lekarskiej. — Z Towarzystw lekarskich. — Odcinek.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 1. Pelczar: Kilka słów w sprawie zdrojowisk. Tyszecki: Zabawy dla dzieci w miejscach kąpielowych. — Zakład leczniczy Dr. A. Chramca w Zakopanem.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 13. Hřivna: O plicních komplikacích zánětlivých při tyfu abdominalním (dok.). Slavik: Lupus vulgaris a moje případy luposní. Starý: Tetanie v průběhu žaludeční choroby a břišního tyfu (c. d.). Schwarz: O profylaxi, prognose a zásadách therapie bočitosti.

— *La Presse médicale* Nr. 23. Achard i Paisseau: Pęknięcie aorty. Delherm i Laquerrière: Prąd często-zmienny a krwawnice.

Nr. 24. Lermoyez: Setna rocznica urodzin Emanuela Garcii wynalazcy laryngoskopu. Barié: Ostre gośćcowe zapalenie tętnic.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 13. Leyden: Teorya pasożytnicza etyologii raka. Israel: Teorya biogenetyczna nowotworów i etyologia raka. Brieger: Z zakresu wodolecznictwa. Krause: Stosunek balneologii do chirurgii. Rothschild: Przewlekłe zapalenie płuc w przebiegu choroby serca. Hansemann: Co wiemy o przyczynie złośliwych nowotworów? (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 13. Schlesinger: O okresowem napadowem porażeniu. Infeld: Przypadek porażenia okresowego. Pfeiffer: O działaniu substancyi fluoryzujących na prawidłową surowicę i na czerwone ciałka krwi. Lang: Choroba skóry nabłonkowa (zwyradniająca), ograniczona, wypryskowata. Choroba Pageta. Höldmoser: Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w krtani. Stegmann: Kosmetyczne leczenie blizn poospowych waseliną i olejem waselinowym.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 13. Alt: Zwalczanie stanu padaczkowego. Volhard: Tętno naprzemienne i rzekomo naprzemienne. Bauereisen: Przypadek wystąpienia raka jajnika w śródściennym mięśniaku dna macicy. Graff: Wrodzony rozrost jednego płuca przy jednoczesnem tworzeniu się drugiego. Habs: Zranienia nerek. Rosenbach: Związek nieprawidłowych przypadów w oku z objawami w zakresie nerwu błędnego. Rammstedt: Przypadek podłużnego złamania kości śródręcza.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 13. Deycke Pascha i Reschad Pascha: Pogląd na sprawę trądu. Posner i Rapoport: Wydzielina gruczołu krokowego i jego zapalenie. Przyczynek do kwestyi zapalenia. Buschke i Schmidt: Działanie X-promieni na gruczoły. Rosenberg: Sondowanie jelit. Stenger: Przyczynek do nauki o wczesnych objawach złośliwych nowotworów w jamie nosowo-gardłowej. Rissmann: Przypadek pęknięcia olbrzymiego skórzaka w prawym jajniku, zakażonym pneumokokiem (Fränkel-Veichselbaum).

Redakcya otrzymała. Królikowski: Przyczynek do wiedzy o przeszczepianiu tkanek zwierzęcych. Żeleński: „Kropla mleka". Serkowski: Zarys semiotyki moczu. Kośmiński: 1) Doświadczenia nad podwiązywaniem moczowodu. 2) Stół operacyjny. Fronczak: Poisoning by potassium bichromate. Brudziński: 1) O nowych postaciach wysepek ostrych u dzieci. 2) Słów kilka o postępach szpitalnictwa dziecięcego. 3) Przyczynek do leczenia szkarlatyny surowicą przeciwpłoniczą.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 13 (od dnia 26/III do 1/IV) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 35, dziew. 28; nieżywo: chł. 3, dz. 3. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 16, kob. 20; zamiejscowych: męż. 10, kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 12, ob. 8. 3) zapalenie płuc: miej. 5, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 1, ob. —. 8) odra: miej. 1, ob. 2. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 4. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 8, ob. 2. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 36, obcych 22.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 12 b. m., o godzinie 6 wieczorem, ***w sali wykładowej kliniki lekarskiej,*** posiedzenie nadzwyczajne, na którem: 1) kol. prof. Jaworski przedstawi i omówi rzadsze przypadki kliniczne; 2) kol. Dr. Bier wypowie rzecz „O nowych metodach fotometryi, stosowanych w higienie oświetlenia (z demonstracyą).



Laboratoryum chem. farm. Eugeniusza Matuli, Radomyśl koło Tarnowa, poleca jako znakomity środek dyetetyczny:

„STOMACHIN“

który w zaburzeniach żołądkowych działa znakomicie. Ułatwia trawienie, wzmacnia, zwiększa apetyt, etc.

Wyrabiam dwojaki a to: sam jako Stomachicum i z dodatkiem Acid. cynamilio. a to 0.35. na 200 gramów. Sposób użycia: 2—3 razy dnia mały kieliszek. — Cena małej flaszki 2 koron. Całej 4 koron. — Do nabycia w aptekach. — Próbki dla WWPP. Lekarzy gratis i franco.

SYNAPIZMY »AUSTRIA«

polecone przez

Szanowne Krakowskie Towarzystwo lekarskie

wyrabia 167

DUSSELDORFSKA FABRYKA

KRAKÓW - ZWIERZYNIEC.

„Wni Panowie Lekarze raczą łaskawie polecać do użytku ten jedyny wyrób krajowy polski, lepszy i tańszy od wszelkich Rigollotów i Rigolletów zagranicznych“.

SYRUP Valeriano-Bromat. comp. „Jahr“.

Syrup ten łączy sole bromowe, waleryanowe, fosforowe z wyciągiem orzechów Kola. Przyjemny w smaku, lekko strawny.

Wskazania: przy nerwowości, osłabieniu, neurastenii, hysteryi, padaczce, pląsawicy, zamroczeniach epileptycznych i t. p.

Rp. Syrup. Valeriano-Bromat. comp. „Jahr“ lagen. origin.

S. D. Dziennie 2—4 łyżeczki kawowe z wodą lub mlekiem. Dzieciom połowę dawki. 169

Prawdziwy tylko we flaszkach oryginalnych po K. 2 i K. 3·80.

Wyrób i skład główny w aptece Fortunata Gralewskiego w Krakowie, ul. Szczepańska l. 1.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005, i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narz. nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena za jedną 500 gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250 gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin“

Budapeszt, VI, Waitzner Bolevard 17.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu

APTEKARZA D. MATULI W PODGÓRZU.

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony.

Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr. Gudego w Lipsku.

Dwie flaszki wysyłam franco.

AQUA FERRO-CALCEA „TERLIK“

(Nazwa i marka prawnie zastrzeżone!)

Przetwór żelazowowapniowy, wypróbowany i za doskonały uznany przez wielu pp. lekarzy

Wskazania: *a)* Niedokrwistość, blednica, zmiany szczytów płuc, krztusiec i krzywica. *b)* Osłabienia po przebyciu ciężkich chorób, po znacznych krwotokach i brak łaknienia.

Przetwór ten, o dobrym smaku, łatwo strawny, nie psujący zębów, działał nawet w tych przypadkach, w których inne przetwory żelaza zawiodły lub nie były znoszone.

Zapisuje się w dowolnych ilościach. — **Klinikom i szpitalom** celem wypróbowania dostarcza się bezpłatnie!

73 Główne zastępstwo i jedyna fabryka:

Chem.-farm. Laboratorium STERN-APOTHEKE, Wien IV. Karolinengasse 32.